11943/B/1

TRAITÉ

D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

DU CORPS HUMAIN.

Livres qui se trouvent chez le même Libraire.

(*Le tout broché*).

Nouveau Traité des instrumens de chirurgie, par C. Garangeot, 2 vol. in-12, ornés de 72 fig. en taille douce. 6 fr.

Avis au peuple sur la santé, par Tissot, 2 vol. in-12. 4 fr.

Traité de l'asthme avec le traitement de cette maladie, par Floyer, in 12. 2 fr.

Traité de l'hydropisie et de ses différentes espèces, par Mours, 1 vol. in-12., fig. 2 fr. 50 c.

Nouvelle méthode facile pour guérir les maladies vénériennes, par Clare, trad. de l'anglois, 1 vol. in-8., fig. 5 fr.

Essais sur la santé des filles nubiles destinées au mariage, par M. Venel, 1 vol. in-8. 3 fr.

Médecine Domestique, ou Traité des moyens de se conserver la santé, à la portée de tout le monde, etc., cinquième édit., trad. de l'anglois, par M. Duplanil, 5 vol. in-8. 20 fr.

Flore du nord de la France, servant de suite à la Flore françoise, de Lamarck, etc., par Roucel, 2 vol. in-8. 10 fr.

Anatomie des vaisseaux absorbans du corps humain, par Cruikshank, 1 vol. in-8., fig. 4 fr. 50 c.

Médecine du Voyageur, ou avis sur les moyens de conserver sa santé, et de remédier aux accidens et aux maladies auxquelles on est exposé en voyage, etc., par M. Duplanil, 3 vol. 10 fr.

L'Onanisme, ou Essais sur la Masturbation, par Tissot, 1 vol. in-12. 2 fr.

Le Vade Mecum du Médecin, ou Médecine pratique, in-12. 1 fr. 50 c.

Le Lycée de la Jeunesse, ou les études réparées, etc., par M. Montalon, instituteur, 2 vol. 5 fr.

Nouveau Dictionnaire de la langue françoise, par M. Gattel. Edition augmentée de nouveaux mots de chimie, sciences et arts, des synonymes françois, de la prononciation, d'un Vocabulaire géographique, etc., 2 vol. in 8. de 1,500 pages. 15 fr.

Système de la Nature, ou Lois du Monde physique et moral, par Mirabeau, nouvelle édition considérablement augmentée, 2 vol. in-8. 10 fr.

Système Social, ou Principe Naturel de la morale et de la politique, nouvelle édition augmentée du Système républicain, etc., par M. le B. d'Holbachk, 2 vol. in-8. 10 fr.

On trouve chez le même Libraire un assortiment considérable de livres d'éducation, de sciences et arts, etc.

TRAITÉ

D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

DU CORPS HUMAIN,

PAR M. BAILLIE,

Docteur en Médecine, Membre de la Société Royale de Londres, Associé du Collége Royal des Médecins, et Médecin de l'hospice Saint-Georges.

TRADUIT DE L'ANGLOIS,

Sur la dernière édition, à laquelle l'Auteur a ajouté les notes et additions de la traduction allemande, par Sœmmering, Professeur d'Anatomie à l'Université de Mayence, etc.

PAR M. FERRALL, MÉDECIN.

A PARIS,

CHEZ SAMSON, Libraire, quai des Augustins, n°. 69, près le Pont-Neuf.

AN XI. — 1803.

J'ai déposé à la Bibliothèque Nationale les exemplaires voulus par la Loi, suivant la rigueur de laquelle je poursuivrai tout contrefacteur ou débitant d'éditions contrefaites.

A MONSIEUR DUBOIS,

PROFESSEUR DE CLINIQUE A L'HOSPICE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, DITE DE PERFECTIONNEMENT, A PARIS.

C'est avec une juste défiance de moi-même que je vous offre ce foible gage de mon estime et de ma reconnoissance. Je n'ai garde de penser que le tribut de mes éloges puisse rien ajouter à la haute considération qui vous est acquise par les fonctions importantes dont vous vous acquittez si dignement. Mais ayant été si long-temps votre élève, et le témoin de cette noble franchise, de ce zèle que vous montrez dans l'enseignement public, de cette douceur qui donne tant de consolations aux malheureux confiés à vos soins ; témoin encore de cette fermeté, de cette force de caractère, qualités si essentielles dans la pratique de votre art, et qui font respecter l'homme qui les déploie, quelque soit le

rang où il se trouve placé : dans ces circonstances, dis-je, j'ose croire qu'il m'est permis de réunir ma voix à celle du public, pour vous exprimer combien j'admire les talens et les vertus que j'ai eu l'occasion de vous voir exercer si souvent.

AVIS

DU TRADUCTEUR.

La célébrité de cet Ouvrage dispense de rien ajouter à ce qu'en dit l'Auteur dans les préfaces de la première et de la seconde édition : son sujet et son plan y sont parfaitement développés. Le besoin d'un ouvrage de cette nature, tant pour ceux qui pratiquent que pour ceux qui étudient la médecine, est si généralement reconnu, qu'il seroit tout-à-fait superflu de vouloir en faire sentir ici l'utilité.

Il m'eût été facile de grossir ce volume en y ajoutant des notes; ce que je n'ai point fait, pour deux raisons : d'abord l'Ouvrage est clair, simple, préeis, et n'exige nullement l'entremise d'un commentateur. S'il se trouve quelques termes qui ne cadrent pas exactement avec la nomenclature chimique, on les trouve de même dans nos meilleurs Auteurs vivans ; de sorte qu'ils ne peuvent induire en erreur, ni laisser aucune incertitude; en second lieu, je vois beaucoup de bons ouvrages gâtés par une surcharge d'explications, dont il seroit inutile d'assigner ou de rechercher les motifs.

On remarquera peut-être quelques anglicismes dans cette traduction; mais j'espère qu'on y trouvera par-tout un langage clair, et le sens de l'Auteur fidèlement rendu.

En la donnant au public, je crois avoir rempli, du moins pour les personnes qui ne peuvent lire l'original même, une lacune dans le système des connoissances médicales.

PRÉFACE

DE LA PREMIERE ÉDITION.

Quelques maladies consistent en actions morbifiques seulement, sans produire aucune altération dans la texture des parties, et, par conséquent, sans offrir aucun sujet d'examen anatomique. Il y en a d'autres où des altérations ou désorganisations de la texture des parties ont lieu, et qui deviennent ainsi l'objet de cet examen.

Cet Ouvrage a donc pour objet d'expliquer, avec plus de détail qu'on ne l'avoit fait jusqu'ici, les altérations de texture qui résultent d'actions morbifiques dans quelques unes des parties les plus importantes du corps humain.

J'espère qu'il en pourra résulter quelque avantage pour la science et pour la pratique de la médecine, tout en regrettant cependant que la connoissance des altérations pathologiques ne conduise pas avec certitude à la connoissance de l'action déréglée qui les a produites; quoique ces altérations, bien observées, doivent servir de base à toute théorie pathologique. Nos progrès dans la connoissance des maladies doivent garder une certaine proportion avec l'étendue et l'exactitude de nos connoissances en anatomie pathologique; mais il ne faut pas se dissimuler que ces mêmes progrès doivent être lents, et que notre marche sera nécessairement pénible et embarras-

séc. Car les actions morbifiques se passent, dans les parties moléculaires, à l'abri de toute observation; nous en voyons seulement les effets, mais je répète encore une fois que je ne connois pas de route pour parvenir à la vérité, autre que l'étude de ces effets, ni d'autre moyen de dissiper l'obscurité qui enveloppe la théorie des maladies.

Un second avantage que nous promet cet examen est celui de nous mettre à même de distinguer des altérations de texture qui ont beaucoup de ressemblance entr'elles, et qui ont été généralement confondues. Cela conduira à une observation plus attentive des symptômes qui accompagnent les actions morbifiques, et perfectionnera, par conséquent, le diagnostique des maladies; il s'ensuivra nécessairement un mode de traitement plus rationel, et plus efficace.

Un autre avantage résultant de cette étude est qu'elle nous met sur la voie de découvrir les altérations de texture qui ont lieu quelquefois dans l'organisation des parties qui sont peu, ou point du tout connues. Cette connoissance acquise servira de base à des recherches sur la nature des maladies elles-mêmes, et sur les remèdes les plus propres à les combattre.

Un quatrième avantage est la correction des théories hâtivement adoptées, à laquelle cette étude nous conduira souvent. L'esprit humain, enclin à se former des opinions sur toutes les questions qui se présentent à lui, est, par l'indolence et l'adversion du travail qui lui sont naturelles, lent à peser les circonstances qui décident de la vérité, ou de la fausseté de ces opinions. C'est là, à mon avis, la source la plus féconde des opinions fausses qui ont obscurci et entravé nou

seulement la médecine, mais chaque branche de la science. Mais lorsque l'esprit se trouve ramené à l'observation des faits qui ne se prêtent pas à ces opinions illusoires, leur fausseté devient alors évidente, et leur empire cesse. Nous convenons cependant que les hommes ne sont pas toujours conduits à renoncer à leurs opinions, ou même à en appercevoir la fausseté par le témoignage même des faits ; mais si ce moyen manque, quel autre peut réussir ? et quelque forte que soit l'obstination de quelques individus, le public, plus impartial, se rendra à la conviction.

Quelqu'un qui aura attentivement observé les symptômes d'une maladie, dont la nature lui étoit inconnue, et qui, en faisant l'ouverture du cadavre, y trouvera quelques uns des phénomènes morbifiques décrits dans cet Ouvrage, acquerra une connoissance exacte de toute la maladie. Cette connoissance servira de boussole à d'autres personnes en pareilles occasions, et conduira peut-être à un traitement convenable.

Une fois qu'on s'est rendu familières les altérations pathologiques, il est facile de faire des observations à l'ouverture des corps, et de juger de la coïncidence de ces altérations avec les symptômes qui avoient précédé ; on en est plus à même de constater ses propres observations, en sorte qu'elles peuvent servir à d'autres de données et de base pour le raisonnement.

La structure et la texture naturelles de toutes les parties du corps humain ont été examinées avec une exactitude telle, qu'on peut dire que l'anatomie a presque atteint le dernier degré de sa perfection ; mais la connoissance des changemens

qu'une cause morbifique peut faire subir à cette organisation naturelle et primitive n'est pas, à beaucoup près, aussi avancée. Ces changemens n'ont été observés, le plus souvent, que sous l'aspect de leurs caractères les plus saillans, rarement en détail, et avec une précision scrupuleuse.

Tous les ouvrages, sur l'anatomie pathologique, que j'ai vus, sont d'un plan bien différent de celui-ci. Ce sont, ou des écrits publiés périodiquement, contenant des cas de maladie, et quelques détails de dissections, sans ordre et sans liaison; ou bien des collections volumineuses de cas arrangés dans un certain ordre. Dans quelques uns de ces écrits périodiques, la désorganisation, ou l'altération de texture, a été décrite avec un certain degré d'exactitude; mais, dans tous les grands ouvrages, la description a été trop générale, et celle des principales altérations a été obscurcie par des circonstances minutieuses, qui, quoique collatérales, n'avoient aucun rapport avec la cause de la maladie. L'un et l'autre de ces défauts se trouvent trop fréquemment dans l'ouvrage de Morgagni, *De causis et sedibus morborum*; ouvrage d'ailleurs étonnant, et dont aucun éloge ne peut excéder le mérite. De plus, le grand volume de ces écrits empêche les praticiens de les avoir sous la main, et les rend incommodes à consulter.

Notre plan n'est pas de donner dans celui-ci des histoires de maladie, mais bien une simple description d'altérations de texture par cause morbifique dans les viscères thoraciques et abdominaux, dans les organes génitaux des deux sexes, et dans le cerveau. Je suivrai, pour l'ordre de ces descriptions, un arrangement local, le même à peu

près que dans l'anatomie naturelle; et j'ajouterai quelques observations sur l'action morbifique, suivant que l'occasion s'en présentera. Ma position a été extrêmement favorable pour l'étude de l'anatomie pathologique. La collection du docteur Hunter, dont je puis me servir, contient un grand nombre de préparations démonstratives de cas pathologiques; mon emploi comme médecin d'un grand hôpital, les travaux dont je m'occupe comme Professeur d'anatomie, m'ont donné toutes les facilités possibles pour faire des recherches cadavériques. Cet Ouvrage est principalement le fruit de mes propres observations; il en contient aussi qui me sont étrangères : son but spécial est de donner la description des altérations pathologiques les plus ordinaires, et de quelques autres très-extraordinaires, des parties les plus importantes du corps, et des plus essentielles à la vie. Ce travail ne peut avoir, par sa nature même, qu'une perfection progressive. Les faits se multiplieront avec le temps, et l'on parviendra, au moyen d'un travail suivi, à des découvertes dont on n'a aujourd'hui aucune idée; celles même qui ne sont à présent qu'imparfaitement connues recevront, d'observations ultérieures, un développement complet.

Je ne me cache donc pas, non plus qu'au public, les imperfections de cet Ouvrage; j'avoue même qu'on y trouve des descriptions dont je n'ai observé les prototypes qu'une seule fois, et qu'on peut soupçonner, par conséquent, de manquer de cette exactitude et de cette vérité, qu'un examen plus attentif y auroit pu mettre : d'autres ont été faites long-temps avant d'avoir entrepris ce travail, ou même d'y avoir pensé,

et sont peut-être, à cause de cela, moins exactes qu'elles ne l'auroient été si j'avois eu cet objet en vue. Il y en a encore d'autres dont je n'ai vu les types qu'en préparations, et auxquelles, par conséquent, peuvent manquer quelques circonstances qu'un habile observateur auroit saisies immédiatement après la mort. Voilà bien des sources d'imperfections, et d'imperfections presque inévitables! Au reste, je n'ai rien négligé pour donner à cet Ouvrage toute l'exactitude et toute la clarté dont il est susceptible; et, si le public en juge favorablement, je redoublerai d'efforts pour le rendre encore moins imparfait.

PRÉFACE
DE LA SECONDE ÉDITION.

J'OFFRE aujourd'hui au public une seconde édition de ce petit Ouvrage : elle est considérablement augmentée, et sera trouvée, je l'espère, plus exacte que la première. Les additions dérivent principalement de mes propres observations; il y en a cependant qui me sont étrangères, et dont je dois la plus grande partie au docteur Sœmmering, Professeur d'anatomie à l'Université de Mayence, l'un des anatomistes les plus distingués de l'Allemagne. Il a pensé assez favorablement de notre tentative pour avancer les connoissances sur l'anatomie pathologique, pour donner une traduction allemande de la première édition de notre Ouvrage, et y ajouter plusieurs cas et des notes très-détaillées. La coïncidence de mes observations et de mes opinions avec les siennes m'a donné la

satisfaction la plus entière. Si le plan de mon Ouvrage le comportoit j'aurois pu tirer le plus grand avantage des travaux utiles de ce célèbre Professeur; mais plusieurs des additions qu'il y a faites ne rentrent pas strictement dans ce plan.

Aux altérations pathologiques j'ai ajouté les symptômes qui leur correspondent. Cette partie du travail est pleine de difficultés, et réclame l'indulgence du public : je tâcherai, dans le cas d'une troisième édition de cet Ouvrage, de la rendre moins imparfaite.

Les difficultés inséparables de toute tentative, ayant pour but de décrire les symptômes des maladies, découlent de plusieurs sources. Les mêmes symptômes n'accompagnent pas toujours les mêmes altérations de la texture du corps, et souvent les symptômes ne diffèrent presque pas, tandis que ces altérations sont très-différentes. Les maladies du cœur et du cerveau confirment particulièrement cette vérité. Les malades n'expliquent qu'imparfaitement les maux qu'ils éprouvent; circonstance dont on peut accuser, en partie, l'imperfection du langage, et en partie les préjugés qu'ont presque toujours les malades sur la nature de leurs maladies. Souvent aussi les gens de l'art, en interrogeant les malades, posent leurs questions de manière à les induire à donner une notion très-inexacte de leurs maladies, parce que ces questions sont suggérées par des opinions théoriques ou hâtivement adoptées. Toutes ces difficultés, et bien d'autres encore, obstruent les routes de l'investigateur, et retardent ses progrès; mais il faut espérer que des faits accumulés, et les efforts combinés de plusieurs individus, les vaincront toutes.

Je ne me suis pas permis de grands détails en décrivant les symptômes des maladies : cela n'appartient proprement qu'à l'écrivain qui auroit pour objet de décrire une maladie particulière dans toutes ses circonstances. J'ai donc fait mention de ces symptômes seulement, qui sont les plus constans, et qui caractérisent le plus les maladies auxquelles ils appartiennent. Plusieurs altérations morbifiques sont fortement décrites, sans y joindre leurs symptômes, parce que d'abord on n'a pas encore déterminé ceux qui correspondent à quelques unes de ces altérations ; en second lieu, plusieurs sont produites par des causes qui dérangent si peu la constitution, que les symptômes échappent à l'observation. Une troisième raison de cette omission apparente est que les symptômes de quelques maladies s'offrent si immédiatement aux sens, que leur histoire est comprise dans celle des altérations pathologiques, et que tout autre seroit superflue.

L'histoire des symptômes a été placée à la fin de chaque chapitre, après les descriptions pathologiques, afin que la filiation des faits anatomiques ne fût pas interrompue : en quelques cas cependant où les symptômes ne m'étoient pas assez connus, pour pouvoir en donner une histoire distincte, je n'ai pas séparé le peu que j'en ai pu dire, des descriptions pathologiques.

On trouve quelques cas de vice de conformation ajoutés à ces descriptions ; ces cas n'entrent pas strictement dans mon plan : c'est pourquoi je n'en ai ajouté qu'un petit nombre, qui m'ont paru importans, et dont j'ai, pour la plupart, constaté moi-même la vérité.

TRAITÉ

TRAITÉ

D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

DU CORPS HUMAIN.

CHAPITRE PREMIER.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DU PÉRICARDE.

SECTION PREMIERE.

INFLAMMATION DU PÉRICARDE.

La membrane péricarde qui entoure le cœur comme un sac, et qui, réfléchie sur sa surface, lui sert de tunique, est susceptible de s'enflammer. Cette maladie, assez rare à la vérité, présente pourtant d'assez fréquentes occasions pour en examiner les effets après la mort.

La nature même de cette maladie indique qu'elle ne peut pas être le partage exclusif d'un période particulier de la vie; cependant l'expérience porte à croire qu'elle ar-

rive dans la maturité de l'âge, plutôt que dans l'enfance, ou dans l'âge avancé.

L'épaisseur de cette membrane augmente par l'inflammation, et sa consistance devient plus pulpeuse. Cette altération de texture vient d'une surcharge de matière qui y est déposée par l'action augmentée des petits vaisseaux qui se distribuent sur sa surface. Le nombre aussi de ces petits vaisseaux est augmenté, en sorte que la membrane en paroît être entièrement composée; ces petits vaisseaux charrient un sang vermeil. Il y a en même temps sur la surface interne de la membrane une couche de matière pulpeuse jaunâtre, qui en est facilement séparable, ne lui adhérant pas fortement le plus communément. Cette couche, d'une épaisseur inégale, s'étend sur toute la surface interne: en quelques endroits son épaisseur n'excède pas celle d'un pain à cacheter: en d'autres encore elle est de l'épaisseur d'un petit écu. On y apperçoit une couleur rougeâtre, que lui donnent de petits vaisseaux qui s'y ramifient, et qui peuvent être plus sensiblement mis en évidence par le moyen d'une

injection fine. Ces vaisseaux sont quelquefois nombreux, et l'on en peut voir le trajet de la membrane péricarde dans la fausse membrane, où l'on voit aussi en quelques cas des taches d'un sang vermeil. La formation de ces vaisseaux paroît être une preuve convaincante que cette matière extravasée est douée d'un principe de vie; car comment concevoir la génération des vaisseaux, et leur distribution régulière dans une substance morte (1)? La surface libre de cette matière membraneuse donne naissance à des prolongemens irréguliers, en forme de lames d'un tissu réticulaire, qui établissent des communications entre les deux feuillets du péricarde. La couleur et l'organisation de cette matière la rapprochent beaucoup de la lymphe coagulable du sang, et il est probable que son existence, sous cette forme, est due à l'extravasation de cette partie du sang, par une action déréglée ou morbifique des petits vaisseaux du péricarde.

(1) C'est un argument dont s'appuie Hunter, pour prouver le principe vital du sang.

En même temps que cette couche de matière pulpeuse s'est formée sur la surface interne du péricarde, il s'accumule dans sa cavité plus ou moins d'un liquide brunâtre ou jaunâtre. La quantité de ce liquide ne s'élève en quelques cas qu'à quelques onces; d'autres fois on en trouve une chopine: on y voit flottans quelques filamens de la matière pulpeuse, déjà décrite, et quelquefois un mélange de pus.

L'inflammation du péricarde termine quelquefois en suppuration: cette terminaison est rare pourtant; car je n'en ai vu qu'un seul exemple. Dans ce cas le péricarde enflammé, et devenu fort épais, fut doublé d'une couche de cette concrétion lymphatique; mais sans aucune marque d'ulcération. Nous parlerons plus particulièrement de cette circonstance quand nous en serons aux altérations morbifiques des plèvres. La quantité de pus résultant de cette suppuration étoit d'une pinte environ. Lorsque cette partie du péricarde, qui recouvre immédiatement le cœur, est affectée d'inflammation, les fibres de cet organe partici-

pent à cette affection jusqu'à une certaine profondeur.

Lorsque le péricarde, ou toute autre membrane, tapissant une cavité circonscrite, s'enflamme, et qu'il se forme une couche de concrétion lymphatique sur la surface de la membrane enflammée, il faut que les petits vaisseaux qui ont exhalé cette matière lymphatique, lui aient communiqué une disposition particulière à se coaguler, plus forte que dans l'état naturel; car la coagulation doit avoir lieu au moment même de l'épanchement du liquide sur la surface enflammée. Si la coagulation n'avoit pas lieu instantanément, et si cette matière restoit fluide pour quelque temps, comme cela a lieu dans la séparation spontanée des parties constituantes du sang d'une saignée, alors cette partie du sang formeroit un gâteau au fond du serum, seroit mobile d'un côté de la cavité à l'autre, et ne formeroit pas une couche adhérente à la surface de la membrane enflammée.

Le serum épanché est ordinairement en

quantité plus grande qu'il ne doit l'être proportionnellement à la partie lymphatique, concrétée sur la surface de la membrane enflammée : donc les vaisseaux sanguins de la membrane factice exhalent le serum surabondant. Cette conséquence me paroît nécessaire. Lorsque l'inflammation commence à diminuer, et la lymphe coagulable à se convertir en adhérence, le serum est ordinairement repompé, ce qui ne peut se faire que par des vaisseaux absorbans : donc la membrane factice est pourvue des vaisseaux absorbans, qui lui viennent probablement de l'accroissement et du prolongement de ceux de la membrane enflammée.

Nous avons dit qu'outre le serum on trouve aussi quelquefois du pus dans la cavité circonscrite d'une surface enflammée. Quand cela a lieu, il est extrêmement probable que ce sont les petites artères de la membrane factice qui l'ont épanché. Je crois que cette opinion est neuve, quoiqu'il soit difficile d'imaginer de quelle autre source pourroit venir le pus dans ces cir-

constances. Si l'on suppose qu'il vient des artères mêmes de la membrane enflammée, il faut supposer aussi qu'il transude à travers la fausse membrane qui est souvent d'une épaisseur considérable ; supposition qui n'est pas probable. Mais des artères passent de la membrane primitive dans la membrane factice; et pourquoi ne point attribuer aux artères qui se ramifient dans cette membrane la génération du pus, plutôt qu'à celles de la membrane primitive?

SECTION II.

ADHÉRENCES DU PÉRICARDE AU COEUR.

Un phénomène assez fréquent à l'ouverture de cadavres est l'adhérence du péricarde au cœur. En quelques uns, cette adhérence n'a lieu que par quelques points ; en d'autres, par toute l'étendue des deux surfaces en contact. Le moyen de cette adhérence est ou une membrane mince, ou une substance un peu plus solide. La membrane ne diffère presque en rien de la membrane cellulaire naturelle, et la matière

plus solide paroît être identique avec la lymphe coagulable du sang. Que l'adhérence ait lieu par l'un ou l'autre de ces moyens, la substance qui la forme est toujours vasculaire et susceptible d'injection. Cette substance, que sa forme soit membraneuse ou non, est toujours identique avec la matière pulpeuse dont nous avons déjà parlé; car j'ai eu plus d'une fois l'occasion de la voir se changer graduellement et prendre l'une ou l'autre forme. Toutes ces adhérences doivent être regardées comme les suites d'inflammation, et prouvent qu'on peut survivre à cette affection du péricarde. Elles lient cette membrane plus ou moins étroitement au cœur; différence qui tient probablement à une inflammation récente ou ancienne. Dans le dernier cas, le mouvement continuel du cœur a pu relâcher les adhérences qui étoient intimes au commencement.

SECTION III.

HYDROPISIE DU PÉRICARDE.

Cette maladie n'est pas fréquente, et, selon

mon opinion, arrive pour la plupart dans l'âge avancé. Je l'ai vue cependant chez quelques sujets au dessous de l'âge de trente ans, et je crois que les enfans mêmes en sont susceptibles, quoiqu'ils y soient moins exposés.

J'ai vu plus d'une fois des enfans au dessous de l'âge de douze ans, affectés d'hydropisie anasarque et ascite; mais en raisonnant *à priori*, l'hydropisie du péricarde n'auroit rien de plus improbable que celle-là. Il arrive quelquefois qu'on trouve de l'eau épanchée dans la capacité du péricarde, sans qu'on en trouve dans toute autre cavité du corps: mais le plus communément, cet état du péricarde est accompagné d'un épanchement d'eau dans les autres cavités du thorax.

L'eau qui s'accumule ainsi dans la capacité du péricarde varie beaucoup pour sa quantité, s'élevant à peine en quelques cas à deux onces, mais en d'autres cas à une chopine. Quelque grande que soit la quantité d'eau accumulée, le péricarde n'en paroît être jamais distendu; mais au contraire, il paroît toujours susceptible d'une

plus grande distension, et sa capacité suffit à la réception d'une plus grande quantité d'eau. Il est donc à présumer que cette membrane a la propriété de s'accroître en raison de l'accumulation d'eau qui se fait dans sa cavité; ce qui est nécessaire pour que le cœur puisse se dilater facilement et sans obstacle.

Le liquide accumulé est d'une couleur brune plus ou moins foncée dans les différens cas, et ressemble par ses propriétés au serum du sang; s'il arrive qu'on ait en même temps l'hydropisie du péricarde et la jaunisse, le liquide aura une teinte jaunâtre causée par la bile. Quelquefois pourtant il est d'une couleur jaunâtre ressemblant à celle du serum, sans qu'on ait lieu d'attribuer cette couleur à de la bile circulant avec le sang.

SECTION IV.

TUMEURS SCROPHULEUSES DU PÉRICARDE.

J'ai eu, une fois seulement, l'occasion de voir deux ou trois tumeurs scrophuleuses

croissant dans la cavité du péricarde, dont l'une étoit grosse comme une grosse noix. Elles étoient formées d'une matière blanche et molle, de la consistance du lait coagulé ou de fromage récent. Le péricarde est rarement attaqué de scrophule, et ces apparences morbifiques doivent être regardées comme très-extraordinaires.

SECTION V.

LE PÉRICARDE PRESQUE SEC.

J'ai deux fois trouvé le péricarde changé au point qu'il sembloit avoir été exposé à l'air pendant quelque temps, et ressembloit à une vessie de bœuf séchée. Hunter, dont l'autorité est du plus grand poids, l'a trouvé beaucoup plus souvent dans le même état.

Dans les deux observations qui me sont propres, le thorax et l'abdomen étoient sans ouverture; cet état de sécheresse n'a pu être l'effet d'une évaporation. De plus, s'il étoit possible que cet effet eût pour

cause l'évaporation, on le verroit beaucoup plus souvent à l'ouverture de cadavres, et les parties internes subiroient généralement le même changement par la même cause. Il faut donc l'attribuer à une cause qui agit pendant la vie. Cette cause consiste probablement dans un défaut d'action ou dans une action morbifique des vaisseaux exhalans du péricarde; cette action morbifique, ou ce défaut d'action, empêche la sécrétion du liquide, qui, dans l'état naturel, lubrifie ces parties. La suppression de cette sécrétion ou exhalation n'est pas plus difficile à concevoir que celle de toute autre sécrétion ou fonction analogue du corps humain.

SECTION VI.

LE PÉRICARDE CARTILAGINEUX ET OSSEUX.

On a vu une portion du péricarde convertie en cartilage (1) en quelque cas; en

(1) Morgagni, *de causis et sedibus morborum. Epist.* 22, *art.* 10.

d'autres cas, on l'a vue convertie en os (2). Mais ces phénomènes sont rares.

J'ai eu cependant occasion d'en voir un exemple, dans lequel l'ossification s'étoit étendue sur une portion considérable du péricarde. Je ne l'ai pas vu dans l'état cartilagineux.

SECTION VII.

NON-EXISTENCE DU PÉRICARDE.

Quelques observations attestent le manque total du péricarde par vice de conformation. Le cœur paroît alors parfaitement à nu et distinct à l'œil par l'enlèvement du sternum et des extrémités cartilagineuses des côtes. La surface externe des diverses cavités et des vaisseaux sanguins du cœur, est alors aussi évidente qu'elle puisse l'être par l'ouverture du péricarde dans l'état naturel de ces parties. Une adhérence uniforme et intime du péricarde au cœur, a

(2) Bonnet, vol. 1, p. 583.

été quelquefois prise pour un vice de conformation; mais ces deux états diffèrent beaucoup l'un de l'autre. Dans le cas d'adhérence intime entre le péricarde et le cœur, on ne peut pas mettre à nu la surface des cavités et des vaisseaux sanguins de cet organe, par l'enlèvement du sternum et des extrémités cartilagineuses des côtes; car, malgré cet enlèvement, l'apparence est la même que dans l'état naturel, et la dissection seule peut rendre ces parties apparentes. Lorsque la membrane péricarde adhère intimement au cœur, elle s'attache en même temps à la partie tendineuse du diaphragme. Mais quand le péricarde n'existe pas, le cœur est libre dans la cavité du thorax, sans aucune adhérence au diaphragme, n'étant couvert, comme les poumons, que par les plèvres seules. J'ai moi-même observé un seul cas de ce vice de conformation, dont j'ai consigné l'histoire dans les Transactions médicales et chirurgicales (1).

(1) Page 91.

SYMPTÔMES.

Les symptômes de l'inflammation du péricarde ne peuvent être distingués de celle de la substance même du cœur ; car, quand l'inflammation du péricarde est intense, la substance musculaire du cœur s'enflamme aussi jusqu'à une certaine profondeur, et par conséquent les deux parties éprouvent en même temps la même affection. Les symptômes qu'on a observés sont cette affection générale du système, connue sous le nom de fièvre; douleur dans la région du cœur, compliquée souvent, mais non pas toujours, des palpitations, et d'un pouls irrégulier; toux, difficulté de respirer, et quelquefois syncopes.

L'adhérence du péricarde au cœur n'est pas accompagnée par des symptômes faciles à distinguer dans la pratique : lorsqu'elle est partielle et assez lâche pour permettre

au cœur les mouvemens qui lui sont naturels, il est probable qu'on en ressent peu ou point d'inconvénient; mais si elle est étroite et générale sur toute la surface du cœur, alors les symptômes suivans ont lieu; savoir, un sentiment d'oppression, et quelquefois de la douleur dans la région du cœur, un pouls souvent irrégulier et intermittent, une respiration difficile, et quelquefois une toux sèche.

Les symptômes d'épanchement aqueux, dans le péricarde, ressemblent beaucoup à ceux de l'hydrothorax, et jusqu'ici n'en ont pas été bien distingués par les Auteurs. Nous parlerons de ces symptômes quand nous en serons à l'hydrothorax. Un moyen, incertain à la vérité, dont on pourroit se servir pour distinguer ces deux maladies l'une de l'autre, est le sentiment d'oppression, plus particulièrement borné à la région du cœur, et le cœur même plus dérangé dans ses fonctions, dans l'hydropisie du

du péricarde, que dans l'hydrothorax : il est bon de remarquer que les deux maladies existent souvent en même temps, et qu'alors ce moyen de les distinguer devient nul.

Le cas que nous avons décrit, de tumeurs scrophuleuses végétant dans l'intérieur du péricarde, étoit accompagné de tubercules des poumons, et le sujet de l'observation mourut avec les symptômes de consomption pulmonique. Aucun symptôme ne fit soupçonner une maladie du péricarde. Il me paroît que des tumeurs scrophuleuses, croissant dans le péricarde, ne peuvent produire aucun inconvénient tant qu'elles restent petites; mais quand elles auront acquis une certaine grosseur, elles gêneront nécessairement les mouvemens du cœur, et en dérangeront les fonctions. Il seroit cependant bien difficile de distinguer les dérangemens produits par cette cause de ceux produits par des causes différentes, qui empêcheroient également l'action du

cœur ; telle, par exemple, qu'un amas de liquide dans le péricarde.

La suppression de la sécrétion (ou de l'exhalation) de la membrane péricardine n'est pas accompagnée par des symptômes connus.

CHAPITRE II.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DU CŒUR.

SECTION PREMIÈRE.

INFLAMMATION DU CŒUR.

L'INFLAMMATION de la substance du cœur est une maladie rare, et ne provient, pour la plupart, que de l'affection inflammatoire du péricarde, l'inflammation passant dans la substance du cœur de la membrane qui est appliquée à sa surface. La partie enflammée devient plus vasculaire que dans l'état naturel, et l'on y aperçoit des taches de sang extravasé. Il est possible pourtant que la substance du cœur s'enflamme idiopathiquement, et sans affection analogue du péricarde. Je me rappelle un cas de cette nature, dans lequel le péricarde ne présentoit aucune trace d'inflammation ni d'af-

fection maladive, autre qu'une quantité d'eau un peu plus grande qu'à l'ordinaire dans sa cavité.

Quelques auteurs ont fait mention d'abcès et d'ulcères du cœur (1); mais ce sont là, j'en suis persuadé, des cas bien rares. Il est encore plus rare que le cœur se gangrène; état pourtant dont on a consigné l'observation (2).

SECTION II.

TACHES BLANCHES A LA SURFACE DU COEUR.

L'ouverture des cadavres fournit plusieurs exemples d'une tache blanche opaque, ressemblant à un épaississement du péricarde. Cette tache a quelquefois la largeur d'une pièce de douze sous; d'autres fois elle est large comme un petit écu : sa position la plus ordinaire est à la surface du ventricule droit, rarement sur le ventricule gau-

---

(1) Morgagni, épis. 25, art. 17. Bonnet vol. 1, pag. 849. Lieutaud, vol. 2, p. 27.

(2) Lieutaud, vol. 2, pag. 33.

che ou sur les oreillettes. Cet état pathologique est dû à une fausse membrane qui adhère à une portion du feuillet du péricarde, qui est en contact immédiat avec le cœur. La dissection les sépare facilement l'une de l'autre. Cet état ne me paroît être d'aucune importance, et sa fréquence n'admet pas qu'on le considère comme un cas de maladie.

SECTION III.

DU POLYPE.

Les anciens anatomistes ont regardé le polype comme une maladie très-funeste et très-commune : plusieurs d'entre les modernes le croient une apparence illusoire. Il consiste dans une masse de concrétion lymphatique, qui remplit les ventricules du cœur en s'étendant dans les gros vaisseaux contigus. Cette masse est d'un blanc jaunâtre, quelquefois très-jaune, et d'une consistance assez ferme : elle remplit entièrement, ou à peu près, la cavité où on la trouve, et si c'est dans les ventricules, elle

projette des faisceaux entre les fibres musculaires de leurs parois; circonstance d'où lui vient probablement le nom de polype. En s'étendant des ventricules dans les grosses artères qui en naissent, cette concrétion se moule à la forme des valvules semi-lunaires qui sont à l'origine de ces artères. Les exemples de ce phénomène, que j'ai vus, étoient pour la plupart des préparations, et n'avoient assurément lieu qu'après la mort.

Pour que la circulation se fasse bien, il faut nécessairement que le sang se puisse transmettre librement des cavités du cœur dans les artères. Quelqu'une de ces cavités se trouve-t-elle bouchée, la circulation s'arrête aussitôt; mais un polype bouche si complètement la cavité du cœur où il s'est formé, que la circulation en devient tout-à-fait impossible. On dira peut-être que le polype se forme lentement, en sorte que son existence n'arrête pas tout d'un coup la circulation, mais la gêne seulement au commencement. Nous n'avons pourtant aucune preuve générale que le sang se puisse concréter dans la circulation ordinaire, et sans

aucune lésion de l'appareil circulatoire. La substance des polypes est parfaitement uniforme, et d'une apparence identique dans toutes leurs parties; ce qui prouve que tout le coagulum s'est formé dans le même temps. Ces circonstances contrarient fortement l'opinion de ceux qui pensent que les polypes se forment pendant la vie. Je ne crois pas cependant que leur formation ait lieu tout de suite après la mort, ni qu'elle soit instantanée. Ils sont sans aucun mélange de globules rouges du sang; ce qui prouve que la coagulation s'est faite assez lentement pour que ces globules aient pu s'en séparer par leur plus grande pesanteur spécifique.

Le coagulum ordinaire du sang, qui ne remplit pas tout-à-fait les cavités du cœur (quoiqu'on trouve des exemples où cela a lieu), se fait bientôt après la mort; car les particules rouges du sang sont ordinairement arrêtées dans cette concrétion. Il n'est peut-être pas indifférent de dire à cette occasion qu'on trouve quelquefois une matière concrétée dans un des ventricules, d'une couleur jaunâtre, et d'une apparence huileuse,

ressemblant exactement à de la graisse : il est pourtant sans aucun mélange huileux, et possède toutes les propriétés ordinaires de la lymphe coagulable. La couleur de la concrétion dépend quelquefois d'une portion de bile qui circule avec le sang, comme dans le cas de jaunisse; mais la même couleur existe quelquefois sans qu'on puisse l'attribuer à la même cause : elle dépend donc probablement de quelque circonstance de la coagulation que nous ne connoissons point.

SECTION IV.

ANÉVRISME DU CŒUR.

Le cœur peut devenir anévrismatique ; mais le fait est rare. La dilatation, en forme de poche, d'une portion du cœur avec une concrétion sanguine dans cette poche, constitue cette maladie. Je n'en ai vu qu'un seul exemple, dans lequel la pointe du ventricule gauche étoit dilatée en forme de poche, au point de pouvoir contenir une petite orange. Les parois de cette poche, beaucoup plus minces que ne le sont les parois du

ventricule droit dans l'état naturel, étoient tapissées d'une membrane blanche, épaisse et opaque : il n'y avoit dedans qu'une petite quantité de sang coagulé, quoique ordinairement la quantité de coagulum soit en raison de la capacité de la poche.

Il est probable que cette altération provenoit d'une foiblesse relative et absolue dans le tissu musculaire de la partie telle, que le sang poussé contre cette partie, lors de la contraction du ventricule, n'y trouva pas une résistance proportionnée à sa force, et fit distendre par conséquent la partie foible. Si la résistance de la partie dilatée avoit été égale à celle des autres parties de l'organe, on ne peut pas concevoir comment un tel changement auroit eu lieu.

SECTION V.

ANÉVRISME DE LA CROSSE DE L'AORTE.

De tous les anévrismes qui peuvent avoir lieu dans la cavité du thorax, celui de la crosse de l'aorte est le plus commun. Dans

cette maladie, la crosse de l'aorte est dilatée beaucoup au delà de sa grosseur naturelle, quelquefois en une tumeur uniforme; d'autres fois une tumeur anévrismale principale donne naissance à de plus petites, qui s'élèvent de sa surface. Si cette dilatation est très-grande, elle sera plus ou moins remplie de sang coagulé, qui est disposé en lames concentriques. Les tuniques de l'artère ont à-peu-près leur épaisseur naturelle; leur nutrition est donc active en raison directe de la dilatation : elle est par conséquent plus énergique que dans l'état naturel. Il sembleroit que cette nutrition augmentée fût déterminée par la nature, afin d'empêcher la rupture qui, sans cela, auroit certainement lieu, et qu'elle s'opère par les *vasa vasorum*, si l'on ne veut pas convenir qu'elle puisse avoir lieu en partie par l'action des parties immédiatement en contact avec l'artère.

Les tuniques de l'artère sont beaucoup altérées dans leur texture à l'endroit même de l'anévrisme, et tout au tour de cette partie. Elles sont plus facilement divisibles en

couches, et contiennent souvent quelques points d'une matière osseuse. Ces points sont d'une couleur jaunâtre, et formés dans la membrane interne ou immédiatement derrière elle. Les parties des tuniques immédiatement continues à l'anévrisme se trouvent d'une texture irrégulière, transparentes et minces en quelques endroits, épaisses et opaques en d'autres.

Il paroît quelquefois que la membrane interne est double, et la même chose s'observe dans les tuniques de l'anévrisme même. Les artères voisines de l'anévrisme sont affectées dans une plus ou moins grande étendue dans les différens sujets; mais je ne les ai jamais vues exemptes de maladie.

La maladie se termine quelquefois funestement par la crevasse de la tumeur, et l'épanchement du sang dans le péricarde; d'autres fois elle a une marche plus lente, et fait des progrès ultérieurs en prenant un accroissement et un volume excessifs, jusqu'à ce que la tumeur presse contre le ster-

num et les cartilages des côtes ; cette compression exercée par la tumeur est suivie de la résorption de la matière osseuse ou cartilagineuse du sternum et des côtes, en sorte que la tumeur paroît enfin extérieurement. Cette résorption se fait lentement et sans être accompagnée de suppuration. La tumeur continue à croître au point, que son volume égale celui de la tête d'un enfant à terme ; la peau perd enfin sa consistance et sa vitalité, se crève au point le plus élevé de la tumeur et donne issue au sang coagulé qui est poussé au dehors par l'impulsion de la circulation, et la personne meurt sur-le-champ : quelquefois le sang suinte lentement, et la vie s'éteint enfin par sa perte graduelle.

L'anévrisme de la crosse de l'aorte, comme celui de toutes les autres parties du système artériel, vient d'une affection préliminaire des tuniques artérielles. Par cette affection maladive elles ne peuvent pas offrir une résistance proportionnée à l'impulsion du sang qui frappe leurs parois. Cette théorie devient une vérité incontestable par l'inspec-

tion des tuniques de l'anévrisme et des artères voisines.

J'ai souvent observé des altérations morbifiques dans la crosse de l'aorte qui tendoient à l'anévrisme. Ces altérations consistent en des taches blanches opaques qui se forment dans la membrane interne de l'artère. Les tuniques sont en même temps plus facilement séparables l'une de l'autre que dans l'état naturel.

La cause de la fréquence de l'anévrisme de la crosse de l'aorte est sa courbure, qui l'expose à tout le momentum du sang projeté par la contraction du ventricule gauche. L'artère pulmonaire n'est jamais le siége de l'anévrisme, parce que cette artère est sans courbure, et que le sang passe librement par ses deux branches dans les poumons. Il est possible aussi que l'artère pulmonaire soit naturellement moins susceptible que l'aorte de ces sortes d'altérations dont dépend essentiellement l'anévrisme.

La crosse de l'aorte et toutes les autres parties du système artériel, sont moins sujettes

à l'anévrisme dans la femme que dans l'homme. Cette différence entre l'homme et la femme tient à deux causes; la vie sédentaire des femmes les expose moins à cette violence de la circulation que différens excitemens peuvent produire; il paroît en second lieu que les artères sont moins susceptibles d'altérations morbifiques chez la femme que chez l'homme. Cette différence entre les deux sexes n'est pas bornée à l'anévrisme; beaucoup d'autres maladies appartiennent à l'un ou à l'autre sexe presque exclusivement.

SECTION VI.

OSSIFICATION DES VALVULES SEMI-LUNAIRES.

Les trois valvules semi-lunaires à l'origine de l'aorte et de l'artère pulmonaire, souffrent souvent une altération de leur texture.

Cette altération consiste dans le dépôt d'une substance osseuse ou terreuse par une action morbifique des petits vaisseaux de ces parties.

Ces vaisseaux sont d'un calibre trop étroit pour admettre dans l'état naturel les globules rouges du sang.

SECTION VII.

VALVULES SEMI-LUNAIRES DEVENUES ÉPAISSES ET OPAQUES.

Il arrive souvent que les valvules semi-lunaires s'épaississent beaucoup, et qu'elles prennent une couleur blanche et opaque. Je crois que les artères contiguës sont également épaissies et altérées dans ce cas.

SECTION VIII.

RUPTURE DES VALVULES.

Il existe dans la collection du docteur Hunter une préparation représantant une des valvules semi-lunaires épaissie. Cette valvule n'avoit en même temps que peu de ténacité, cause prédisposante d'une rupture considérable qui s'y étoit faite, et qui, à en juger par sa largeur, dut entraîner rapidement la mort: cet accident est rare.

SECTION IX.

OSSIFICATION DES VALVULES VENTRICULO-AURICULAIRES.

L'appareil valvulaire qui existe entre les ventricules et les oreillettes est susceptible de concrétion osseuse ou de dépôt terreux, de même que les valvules semi-lunaires, mais n'est pas, dans le fait, aussi souvent le siége de cette altération maladive. Il est difficile de déterminer à quoi tient cette différence : cependant on en pourroit offrir une explication, en regardant ces valvules comme appartenant au système veineux plutôt qu'au système artériel ; car il est certain que les veines s'ossifient très-rarement, quoique cela arrive assez souvent aux artères.

SECTION X.

LES MÊMES VALVULES DEVENUES ÉPAISSES ET OPAQUES.

Ce même appareil valvulaire s'épaissit quelquefois, et perd sa transparence en prenant

prenant une couleur blanche opaque. Les cordes tendineuses aussi s'épaississent morbifiquement, ainsi que la membrane interne des ventricules qui prend souvent une couleur blanche et une consistance ferme. Dans ces cas, on trouve le volume du cœur augmenté. J'ai vu dans l'état d'inflammation cet appareil valvulaire couvert d'une couche de la partie coagulable du sang.

SECTION XI.

RUPTURE DU CŒUR.

Le cœur s'amincit quelquefois, sur-tout dans l'âge avancé, et crève à l'occasion de quelque effort violent. Le sang s'épanche dans la cavité du péricarde, et la personne meurt sur-le-champ. J'ai été moi-même témoin d'un cas de cette nature.

J'en tiens un autre de la meilleure autorité: les sujets de ces deux observations étoient de sexe masculin; circonstance qu'il est bon de remarquer, parce que les femmes semblent être beaucoup moins sujettes aux maladies du cœur et des artères que les hommes. Il

est probable qu'une mort subite provenant de cette cause a été en plusieurs cas attribuée à l'apoplexie.

SECTION XII.

DU SANG DANS LE PÉRICARDE SANS RUPTURE DU COEUR.

Quelques cas peu fréquens d'épanchement sanguin dans le péricarde ont été observés, sans qu'on pût trouver, malgré la recherche la plus exacte, la moindre crevasse ou rupture dans le cœur ou dans aucun de ses vaisseaux. C'est là un phénomène bien étonnant, qu'on ne pourroit jamais supposer en raisonnant *à priori*, dans la supposition qu'il n'existe pas de rupture. Je pourrois offrir deux hypothèses pour expliquer le fait, toutes les deux, pour dire la vérité, enveloppées de difficultés; l'une est que les vaisseaux de la surface du cœur aient perdu de leur compacité naturelle, et que le sang ait pu transsuder ainsi par leurs tuniques; l'autre, que le sang ait pu être épanché par les artères qui s'ouvrent principalement sur cette por-

tion du péricarde qui couvre immédiatement le cœur, et dont les orifices pourroient être relâchés (1).

SECTION XIII.

VICE DE CONFORMATION DU CŒUR.

Le cœur est quelquefois si mal conformé que la vie ne peut s'exercer que péniblement et pour peu de temps, ces vices de conformation entravant toutes ses opérations, et entraînant nécessairement une mort prématurée. Le docteur Hunter (2), a décrit deux cas de cette nature; et sa collection renferme une préparation démonstrative d'une conformation vicieuse. Cette préparation est le modèle d'un cœur dont le ventricule droit étoit extrêmement petit, ainsi que l'artère pulmonaire qui y prend

(1) Obs. méd., vol. 4, pag. 33. Mém. de la Soc. Méd., vol. 1, pag. 238.

(2) Obs. Méd., vol. 6, p. 291.

naissance. L'origine de cette artère est représentée comme parfaitement imperméable. Le canal artériel est ouvert, et se termine dans la branche droite de l'artère pulmonaire. Le calibre de ce canal est plus étroit que dans l'état naturel; l'oreillette droite, au contraire, est plus grande, étant dilatée par l'accumulation continuelle du sang. La communication des oreillettes, par le trou oval, est aussi très-dilatée.

L'enfant chez qui on trouva ce vice de conformation avoit la peau d'un noir foncée, la respiration laborieuse, et ne vécut que treize jours.

Dans un autre cas, décrit par le docteur Hunter, l'artère pulmonaire étoit très-petite, sur-tout à son origine, et le *septum cordis* manquoit à la base du cœur au point que le pouce y pourroit passer sans beaucoup de difficulté. Le sujet de cette observation vécut treize ans; il n'avoit jamais le teint frais, il l'avoit au contraire

obscur et tirant sur le noir. Il fut souvent saisi de convulsions, sur-tout lorsqu'il éprouvoit quelques émotions vives, ou qu'il faisoit des mouvemens un peu brusques.

Il est évident que, dans ces sortes de déviations de la structure naturelle, le sang ne passe pas en assez grande quantité par les poumons, pour que la respiration ait lieu convenablement, et que l'inconvénient doit être en proportion du degré de cette déviation. Par la même raison le sang sera noir, puisque la vivacité de sa couleur ne vient que de l'influence qu'il éprouve de l'air dans les poumons, ainsi qu'on le reconnoît généralement aujourd'hui. De-là encore l'apparence noire de la peau; apparence qui est plus ou moins intense, suivant qu'il y a plus ou moins de sang dans les veines. Il est raisonnable de croire que lorsque le cœur est ainsi mal conformé, la circulation doit se faire beaucoup plus péniblement, à l'occasion de toute excitation au delà de son cours naturel. Il est facile de concevoir que la difficulté peut augmenter au point de

produire des convulsions, comme cela a eu lieu dans le cas déjà cité.

On voit dans la collection du docteur Hunter un cœur d'enfant dont la cloison des ventricules fut percée à sa base d'un trou assez large pour laisser passer facilement une plume d'oie. L'enfant fut mort-né au terme de six mois. Le trou étoit évidemment un vice de conformation. Le docteur Hunter a décrit ce cas dans le volume VI d'*Observations médicales*. Un cas à peu près analogue a été décrit par le docteur Pultney, dans le troisième volume des *Transactions médicales*. Le sujet de cette observation avoit atteint l'âge de quatorze ans.

Je décrirai ici un vice de conformation, observé dans un enfant de deux mois, et qui me paroît très-singulier. Il y a quelque temps que je possède la pièce même qui

en démontre la réalité. Le ventricule droit de ce cœur donnoit naissance à l'aorte, et le ventricule gauche à l'artère pulmonaire. Il n'y avoit de communication entre ces deux artères que par le moyen du canal artériel, dont le calibre rétréci laissoit passer à peine une plume de corbeau. Le trou oval étoit un peu plus rétréci qu'il n'a coutume de l'être dans un enfant nouveau-né. Le volume du cœur étoit proportionné à l'âge de l'enfant : cet organe n'avoit d'autres défectuosités que celles déjà décrites. Dans cet enfant donc un sang rouge circuloit toujours entre le cœur et les poumons, exception faite de la petite quantité de sang noir qui pouvoit passer par le trou oval ; et du sang noir circuloit dans tout le reste du système, mélangé seulement de la petite quantité de sang rouge qui passoit par le canal artériel dans l'aorte. La vie a subsisté pendant un temps considérable, sans qu'il circulât du sang rouge dans le système de l'aorte, si l'on excepte le petit mélange qui avoit lieu par le canal artériel. Je regrette infiniment de n'avoir pu recueillir qu'une

histoire imparfaite de la vie de cet enfant; la couleur de sa peau étoit extrêmement livide; effet nécessaire du peu de sang rouge dans la circulation générale : la surface de son corps étoit plus froide que dans l'état de santé et de bonne conformation : la respiration étoit naturelle. Il seroit à désirer, dans le cas d'une seconde observation de cette nature, qu'on mesurât exactement la chaleur des parties internes et externes par un thermomètre. Cet instrument, introduit dans le rectum (1), pourroit déterminer celle des parties internes.

SECTION XIV.

LE VOLUME DU CŒUR AUGMENTÉ.

Le cœur est quelquefois augmenté de volume, sans autre altération pathologique.

(1) Ce cas singulier de conformation vicieuse du cœur me fut donné par le docteur Wollaston d'Edmundsbury, qui s'est donné beaucoup de peine pour recueillir toutes les circonstances de la vie de cet enfant, mais sans tout le succès qu'on pourroit désirer.

Souvent les parois musculaires ne sont pas épaisses en proportion avec cette augmentation de volume : il est ordinairement rempli de sang, en partie fluide, en partie coagulé.

SECTION XV.

HYDATIDES DU COEUR (1).

Des observateurs ont décrit quelques cas d'hydatides adhérentes au cœur ; mais je ne puis pas en attester la réalité par ma propre expérience. Cette altération pathologique ne paroît pas être uniforme dans toutes les parties du corps. Je parlerai particulièrement de leur nature, en décrivant les états pathologiques des reins.

SECTION XVI.

UNE PORTION DU COEUR OSSEUSE OU TERREUSE.

On a observé une portion du cœur convertie en os (2) : on a trouvé aussi une ma-

---

(1) Morgagni epist. 25, art. 15.

(2) Morgagni, epist. 27, art. 16. Voyez aussi Communications méd. vol., 1, pag. 228.

tière terreuse déposée dans la substance musculaire du cœur (1).

Les cas de cette nature ont échappé à mon observation, et doivent être regardés comme très-extraordinaires.

SYMPTÔMES.

Les symptômes de l'inflammation du cœur sont à peu près les mêmes que ceux de l'inflammation du péricarde : savoir, l'affection générale du système, connue sous le nom de fièvre, douleur dans la région du cœur, palpitations, pouls irrégulier, toux, difficulté de respirer, et souvent syncope. Il est probable que ce dernier symptôme tient exclusivement à l'affection de la substance du cœur, et que la simple inflammation du péricarde en est exempte ; cependant les deux maladies marchent pour la plupart ensemble.

Les symptômes de l'anévrisme du cœur

---

(1) Bonnet, vol. 1, pag. 820 et 825.

sont les mêmes que ceux de l'anévrisme de la crosse de l'aorte.

Le principal symptôme de l'anévrisme de la crosse de l'aorte, au commencement de la maladie, est une forte pulsation qui se fait sentir à l'extérieur de la poitrine, non seulement au toucher; mais aussi à l'œil, si la poitrine est à découvert.

Il ne faut pas cependant conclure de ce symptôme seul qu'il existe un anévrisme. J'ai senti la même pulsation, en d'autres cas, dans celui, par exemple, d'une forte adhérence entre le cœur et le péricarde; dans le cas d'une légère inflammation de la surface du cœur, avec épanchement d'une petite quantité d'eau dans le péricarde; dans celui encore d'une augmentation morbifique du cœur, sans tumeur anévrismale : mais quand l'anévrisme de la crosse de l'aorte a atteint un certain volume, alors une tumeur commence à se former extérieurement, accompagnée d'une forte pulsation.

Je crois ce symptôme propre à l'anévrisme, son caractère distinctif et certain. Le battement de l'artère radiale est irrégulier en quelques cas d'anévrisme de la crosse de l'aorte ; mais cette irrégularité n'est pas constante. Un léger exercice produit une difficulté de respirer dans ces occasions ; et cette difficulté s'aggrave en proportion que la maladie fait des progrès.

Les symptômes d'une altération morbifique des valvules du cœur ne sont pas suffisamment caractérisés pour être bien distingués dans la pratique. Une difficulté de respirer, quelquefois des palpitations, souvent un pouls foible et irrégulier, en quelques cas une disposition à tomber en défaillance; tels sont les symptômes ordinaires de l'ossification de ces valvules. L'ensemble des symptômes qui constituent l'*angina pectoris* coïncide quelquefois avec ceux de l'ossification des valvules. Aucune observation faite jusqu'ici ne démontre que

telles valvules sont affectées plutôt que telles autres.

Les symptômes observés d'une effusion lente de sang dans le péricarde, sont une grande foiblesse, difficulté de respirer, beaucoup d'anxiété et d'oppression, une douleur sourde, et un sentiment de pesanteur derrière le sternum ; à ces symptômes s'ajoute une sueur froide et visqueuse qui s'étend sur tout le corps.

Une augmentation considérable du volume du cœur est accompagnée de palpitations, qui sont sensibles non pas seulement à la main appliquée au côté gauche, mais aussi à la vue et sans que la poitrine soit dépouillée de l'habillement ordinaire. J'ai observé quelques cas d'un battement fort et vigoureux de l'artère radiale ; mais la foiblesse et l'irrégularité du pouls sont beaucoup plus fréquentes. Les parois musculaires du cœur étant généralement

très-minces en proportion de la capacité augmentée des cavités, cet organe n'a plus la force nécessaire pour pousser le sang jusque dans les dernières branches du système artériel. La difficulté de respirer s'agrave quelquefois, les lèvres et les joues prennent en même temps une couleur pourprée. Cette couleur est plus ou moins foncée, suivant que le sang est transmis plus ou moins abondamment par les poumons. Les causes de cet accroissement morbifique du cœur sont peu connues. Il est possible cependant que le rhumatisme en soit quelquefois la cause (1).

Aucune connoissance exacte n'est encore acquise des symptômes des hydatides du péricarde. On peut présumer cependant qu'elles ne diffèrent pas beaucoup de celles de l'hydropisie de cette cavité. Dans un cas

---

(1) Le docteur Pitcairn l'a observé ainsi en plusieurs cas.

rapporté par Morgagni, la personne étoit sujette à tomber en défaillance.

Une portion du cœur a été convertie en os ou en matière terreuse, en plusieurs cas, sans avoir présenté aucun symptôme.

Dans d'autres cas, de semblables altérations, on a observé des palpitations et une difficulté de respirer.

CHAPITRE III.

ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES OBSERVÉES DANS LE THORAX.

SECTION PREMIÈRE.

INFLAMMATION.

La membrane des plèvres qui tapisse les cavités du thorax est très-sujette à s'enflammer. Aucune période de la vie n'est exempte de cette maladie, mais elle choisit le moment où le corps a acquis la plénitude de son accroissement et de ses forces, où les fonctions vitales s'exercent avec leur maximum de vigueur, de préférence à l'enfance ou à l'âge avancé. Les plèvres paroissent être plus sujettes à l'inflammation que la membrane de toute autre cavité circonscrite, telle que la membrane péritoniale, la tunique vaginale, etc. La raison

raison de cette différence n'est pas peut-être facile à trouver. On peut observer cependant que les artères intercostales percent les muscles intercostaux, et communiquent par plusieurs anastomoses avec les artères des surfaces latérales externes de la poitrine; en sorte que tout ce qui peut agir sur ces artères externes, en les faisant contracter ou diminuer de calibre, peut en même temps produire une accumulation de sang et un surcroît d'action dans les branches internes des artères intercostales dont plusieurs se distribuent sur les plèvres. Il est possible aussi qu'il y ait un *consensus*, ou sympathie, plus intime entre l'action des artères internes et externes de la poitrine qu'il n'y en a généralement dans le corps. Ces faits et ces hypothèses ne donnent tout au plus qu'une explication probable et conjecturale; on se gardera donc bien d'en rien conclure positivement. Quelle que soit l'incertitude qui règne sur la cause, il n'en est pas moins vrai que l'inflammation des plèvres est beaucoup plus fréquente que celle de toute autre membrane analogue. Cela

est si vrai, qu'on ne peut guère examiner la poitrine d'un sujet arrivé à l'âge adulte, sans y appercevoir les traces d'une inflammation récente ou ancienne.

L'inflammation augmente l'épaisseur des plèvres, et leur donne une consistance pulpeuse. Un grand nombre de petits vaisseaux sanguins, qui charrient un sang vermeil, s'y ramifient, et une couche de concrétion lymphatique se forme, en même temps à sa surface. Cette couche est quelquefois d'une extrême ténuité, d'autres fois son épaisseur est considérable. Sa surface est lisse, ou bien elle donne naissance à des prolongemens floconneux qui s'entrelacent en forme d'une dentelle fine. Il y a aussi un épanchement de fluide séreux dans la cavité du thorax, dans lequel nagent plusieurs fragmens lamelleux de la fausse membrane. Ce liquide est mélangé de pus en quelques cas. La fausse membrane qui couvre la plèvre pulmonaire adhère souvent à celle qui double la plèvre costale par quelques points isolés ou par de larges sur-

faces. J'ai eu l'occasion de suivre la conversion graduelle de la matière de ces adhérences en membrane cellulaire, de simple concrétion lymphatique qu'elle étoit originairement. Nous avons déjà remarqué, à l'occasion de l'inflammation du péricarde, que la *vascularité* de la fausse membrane peut être mise en évidence par l'injection. Quand la plèvre pulmonaire est affectée d'inflammation, le parenchyme de ce viscère participe en même temps à la même affection.

SECTION II.

ADHÉRENCE DANS LA CAVITÉ DU THORAX.

On trouve souvent la plèvre pulmonaire adhérente aux plèvres costales et diaphragmatiques, sans qu'il existe aucune trace d'inflammation actuelle.

Ces adhérences sont souvent partielles, et ont lieu alors, pour la plupart, à la partie supérieure et postérieure du thorax : elles sont quelquefois étendues à toute la cavité

thorachique : elles lient les parties étroitement ensemble, ou lâchement. Dans le premier cas, ces moyens d'adhérence consistent dans une membrane épaisse et ferme ; dans le second cas, ils consistent dans une membrane spongieuse qui ressemble exactement au système cellulaire général. Ces adhérences sont des suites d'inflammation, et sont peut-être les apparences pathologiques que présente le plus fréquemment l'examen cadavérique.

SECTION III.

EMPYÈME.

Il n'est pas rare de trouver du pus dans la cavité du thorax, ce qui constitue la maladie appelée *empyème*. Cet accident peut provenir de l'action fortement inflammatoire des vaisseaux sanguins des plèvres, ou de la crevasse d'un abcès des poumons qui auroit évacué son pus dans la cavité du thorax. Quand la suppuration consiste dans cette action inflammatoire des vaisseaux sanguins des plèvres, il n'existe aucune trace d'ul-

cération. Les plèvres sont intactes dans ces cas, et couvertes d'une couche de concrétion lympathique.

Il y a déjà long-temps que le docteur Hunter a établi cette vérité. La formation du pus dépend donc d'une certaine condition des vaisseaux sanguins des plèvres, ou plus vraisemblablement de ceux de la membrane factice, dont elles sont revêtues. Le pus peut être libre dans la cavité du thorax, ou borné dans une partie circonscrite par des adhérences entre les plèvres pulmonaires et costales : lorsqu'il vient de l'évacuation d'un abcès des poumons, le siége en est borné ordinairement à certaines limites par des adhérences. L'empyème n'est ordinairement accompagné d'aucun signe à l'extérieur. Quelquefois cependant on apperçoit une certaine intumescence du côté où le pus s'est amassé; et en quelques cas même une tumeur pointue et bien prononcée entre deux côtes; un ou bien plusieurs des espaces intercostaux ont été le siége d'une ulcération par laquelle le pus de l'intérieur s'est évacué extérieurement. La collection

du docteur Hunter fournit un exemple d'une pareille évacuation par un grand nombre de trous dans les espaces intercostaux.

SECTION IV.

HYDROTHORAX.

On trouve souvent un fluide aqueux dans l'une ou l'autre des cavités thorachiques, ou dans toutes les deux à-la-fois; ce qui constitue la maladie nommée *hydrothorax*. Cette maladie est souvent accompagnée d'accumulation d'eau dans quelques autres cavités du corps, sur-tout dans la cavité péricardine, et de l'infiltration des extrémités inférieures. Le liquide de l'hydrothorax est ordinairement de couleur brune, jaunâtre, quelquefois tirant sur le rouge, à cause d'un léger mélange des globules rouges du sang: ses propriétés sont analogues à celles du sérum. Sa quantité varie beaucoup: elle n'est en certains cas que de quelques onces; elle s'élève, en d'autres cas, à plusieurs pintes. Quand la quantité est excessive, la poitrine

devient saillante du côté de l'épanchement ; et l'on trouve, à l'ouverture du cadavre, le poumon de ce côté plus ou moins comprimé. J'ai vu un des poumons comprimé au point que son volume étoit réduit à celui du poing.

Les adhérences un peu étendues sont souvent accompagnées d'épanchement aqueux ; circonstance d'où l'on peut conclure une forte inflammation précédente qui, par l'exhalation séreuse, établit le commencement de l'hydrothorax (1).

SECTION V.

LES PLÈVRES DEVENUES PRESQUE SÈCHES.

La surface des plèvres est ordinairement humide à l'ouverture du cadavre. La libre circulation des poumons exige nécessairement cette humidité des surfaces et des pa-

(1) Cette conclusion est confirmée en plusieurs cas, par Cruikshank, dans son traité sur le système absorbant ; seconde édition, pag. 116.

rois du thorax. J'ai observé cependant cette humidité presque nulle, et les plèvres à-peu-près sèches; altération produite probablement par défaut d'action dans les vaisseaux exhalans.

SECTION VI.

OSSIFICATION DES PLÈVRES.

Il arrive quelquefois, mais je crois rarement, que les plèvres se trouvent converties en os. Une lame osseuse mince s'étend alors sur une portion considérable de cette membrane : dans tous les cas de cette nature que j'ai vus, cette ossification contre nature m'a paru ne différer en rien de l'os naturel. Je ne l'ai jamais observé en masse irrégulière ou épaisse, mais toujours en forme lamelleuse. La cause primitive et éloignée de cette altération est difficile à déterminer; mais on ne peut pas douter que l'ossification ne se fasse ici immédiatement suivant des lois parfaitement analogues aux lois de l'ossification naturelle. Toutes les parties du corps humain sont sujettes à

cette perversion de l'action vasculaire ; mais les plèvres en sont le siége plus souvent qu'aucune autre membrane analogue. Cette altération n'a été accompagnée d'aucun inconvénient sensible dans les cas que j'ai observés. Les parties voisines des plèvres ne présentoient aucun signe d'inflammation, non plus que les poumons. On peut bien concevoir cependant, dans le cas où l'ossification se feroit irrégulièrement, et par des prolongemens pointus, que l'inflammation pourroit s'ensuivre, et entraîner une maladie funeste (1).

SYMPTÔMES.

Les symptômes de l'inflammation des plèvres sont bien déterminés : une affection générale du système, plus ou moins intense,

(1) Sœmmering rapporte un cas dans lequel on avoit trouvé une partie des poumons enflammée, et en suppuration au dessous des plèvres ossifiées. Anat. pathol., trad. allem., pag. 43.

et connue sous le nom de *fièvre* : une douleur aiguë en quelque partie de la poitrine, le plus souvent vers les côtés, et augmentant par l'inspiration ; le coucher sur le côté malade pénible ; la difficulté de respirer : la toux sèche au commencement, accompagnée ensuite d'une sécrétion de la membrane de la trachée et des bronches. Il semble cependant qu'une légère inflammation des plèvres puisse avoir lieu, sans produire ces symptômes, ou sans leur donner une intensité sensible. L'examen anatomique des corps parvenus à l'âge adulte offre peu d'exemple d'une exemption totale d'adhérence entre les plèvres pulmonaires et costales ; mais les symptômes bien caractérisés de pleurésie n'ont pas à beaucoup près une fréquence correspondante. Il est donc probable que les plèvres peuvent être affectées d'inflammation au degré nécessaire pour l'extravasation de la lymphe coagulable du sang, au moyen duquel les adhérences s'établissent sans que la personne en ressente aucun inconvénient. Il faut adopter cette hypothèse, ou bien supposer que les

adhérences peuvent s'établir sans inflammation précédente et productrice. Il me paroît qu'on ne peut pas hésiter sur le choix à faire dans ce dilemme.

Lorsque les adhérences qui ont lieu dans le thorax, sont assez longues pour permettre aux poumons la liberté de se dilater, la respiration n'en est pas sensiblement affectée; mais lorsqu'elles sont courtes, et qu'elles lient étroitement ensemble les poumons et les parois du thorax, sur-tout si elles s'étendent uniformément à toute la cavité thorachique, alors, dis-je, il y a toux, difficulté de respirer, mais nul symptôme fébrile.

L'empyème survenant à la suite d'inflammation des plèvres ou des poumons, peut être distingué avec beaucoup de certitude par des frissonnemens, la cessation de la douleur; par la persistance de la toux, et de la difficulté de respirer; par le coucher

plus facile sur le côté malade : en quelques cas le côté affecté est sensiblement augmenté de volume.

L'accumulation d'eau dans la poitrine peut être distinguée, dans la pratique, par les symptômes suivans : respiration très-difficile ; impossibilité de rester couché ou de garder la position horizontale, d'où la nécessité d'avoir la tête et la partie supérieure du tronc élevées; le sommeil interrompu par des soubresauts et des rêves effrayans ; peu d'urine ; anasarque des jambes; pouls ordinairement irrégulier, mais non pas toujours ; visage pâle; teint pourpré des lèvres et des joues, si le coloris de ces dernières n'est pas tout-à-fait flétri et effacé. Ce changement de couleur vient de la stagnation du sang veineux, l'accumulation d'eau ne permettant pas aux poumons de se dilater pour lui livrer passage.

Lorsque l'ossification des plèvres est peu

étendue, la respiration n'en peut pas être affectée; mais pour peu que cette altération morbifique fasse des progrès, cette fonction s'en ressent nécessairement, parce que les mouvemens des poumons ou des côtes seront gênés, suivant que la plèvre pulmonaire ou costale est le siége de l'ossification. Quelques cas de difficulté de respiration, provenant de cette cause, ont été observés.

CHAPITRE IV.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DES POUMONS.

SECTION PREMIÈRE.

INFLAMMATION.

L'INFLAMMATION du parenchyme des poumons arrive rarement, selon moi, sans une affection analogue des plèvres. Cette opinion est fondée sur l'observation presque constante de cette concomitance, ou sympathie d'affection.

Lorsqu'une portion des poumons s'enflamme, son tissu spongieux devient plus rouge que dans l'état naturel : on y distingue alors deux couleurs, dont l'une vermeille, l'autre d'un rouge moins clair. Cette apparence est produite par une augmentation du nombre des petits vaisseaux sanguins qui se ramifient sur les surfaces des

cellules pulmonaires. Il y a en même temps une extravasation de la lymphe coagulable dans le parenchyme des poumons, et quelquefois du sang. On cite des cas où l'extravasation du sang étoit très-considérable; mais je ne l'ai jamais observé en grande quantité. La portion qui est affectée d'inflammation est beaucoup plus pesante que dans l'état naturel, à cause de la plus grande quantité de sang qui afflue alors dans ses vaisseaux, et de la lymphe coagulable que ces vaisseaux excrètent ou exhalent. L'augmentation de sa pesanteur est démontrée par sa précipitation au fond de l'eau où on la plonge : elle donne au toucher le sentiment d'un corps solide; mais non pas cette crépitation que la pression des doigts fait sentir dans le poumon sain. Ces circonstances seront plus ou moins marquées suivant le degré de l'inflammation.

La plèvre pulmonaire est aussi affectée d'inflammation, le plus communément dans la partie correspondante à la portion enflammée des poumons : elle est remplie d'un grand nombre de vaisseaux rouges très-déliés,

doublée d'une couche de concrétion lymphatique. On doit distinguer l'état inflammatoire des poumons, de l'apparence que leur donne l'infiltration de sang qui a lieu après la mort, et par la force de pesanteur seulement. Le sang s'accumule souvent dans la partie postérieure des poumons, parce qu'on donne ordinairement au cadavre une position horizontale. La pesanteur de cette partie est augmentée, et sa couleur devient plus foncée; mais on n'y apperçoit pas cette multitude de petits vaisseaux sanguins, ni aucun signe caractéristique de l'inflammation. Le sang, accumulé dans une partie quelconque des poumons par gravitation, est noirâtre; tandis qu'on y distingue des portions d'une couleur vermeille, si l'inflammation en est la cause.

SECTION II.

ABCÈS DES POUMONS.

Les abcès dans les poumons constituent un état pathologique très-commun. Ces abcès consistent quelquefois dans de petites cavités contenant

contenant du pus; et d'autres fois ces cavités sont d'une grandeur telle, que la plus grande partie des poumons en est détruite. En quelques cas elles communiquent avec quelques branches de la trachée seulement qui s'en trouvent détruites : en d'autres cas elles communiquent avec la cavité du thorax, et déterminent l'empyème. Lorsque ces abcès sont profondément situés, il est possible que les plèvres restent saines ; mais si leur situation est superficielle , la membrane des plèvres est pour la plupart affectée d'inflammation en même temps. Les bords d'un abcès produit dans les poumons par inflammation, acquièrent toujours un certain degré de solidité par la concrétion lymphatique que l'inflammation y occasionne. Si les abcès sont scrophuleux , les parties voisines ne sont pas d'un tissu plus ferme ou plus solide que dans l'état naturel, et ne souffrent communément aucune altération; dans le cas sur-tout où les abcès sont petits et éloignés l'un de l'autre, lorsqu'une portion des poumons est remplie des tubercules, dont quelques uns sont convertis en abcès.

Les parties intermédiaires du poumon sont communément d'une texture très-solide. En suivant les vaisseaux sanguins qui se dirigent vers un abcès des poumons, je les ai trouvés tres-contractés en s'en approchant, en sorte que leurs extrémités étoient tout-à-fait fermées. Pour rouvrir ces extrémités, il faudroit y pousser un stylet avec beaucoup de force. Feu le docteur Stark (1) trouva du sang coagulé dans plusieurs de ces vaisseaux. Cet état des vaisseaux sanguins est dû sans doute à la prévoyance de la nature, qui prémunit ainsi contre l'émorrhagie qui seroit certainement et presque instantanément funeste.

SECTION III.

TUBERCULES DES POUMONS.

Aucun état pathologique des poumons ne s'observe plus fréquemment que celui des tubercules. On nomme ainsi de petits corps

(1) Voyez les Ouvrages du docteur Stark, p. 28.

arrondis, d'une couleur blanche et d'une consistance ferme, parsemés dans la substance des poumons : ils sont formés, selon moi, dans le tissu cellulaire qui lie ensemble les vésicules aériennes, et ne participe en rien à la nature des glandes. Quelques personnes cependant ont pensé que les tubercules ne sont autre chose qu'une altération morbifique des glandes; mais le parenchyme des poumons ne contient pas des corps glanduleux. La membrane interne des bronches contient des follicules ; mais on n'a jamais trouvé des tubercules dans cette membrane: ils sont très-petits au commencement, n'excédant point en grosseur les têtes de très-petites épingles : dans cet état, ils sont ordinairement ramassés en grappes. Il est probable que les petits tubercules de chaque grappe se réunissent ensemble de manière à ne former qu'un seul tubercule à la fin. Ils ont ordinairement la grosseur d'un pois; mais il y a beaucoup de variétés à cet égard. Ils adhèrent assez étroitement au parenchyme pulmonaire, sans être revêtus de capsule ou d'une membrane propre quelconque

et presque sans vaisseaux. Incisés, on voit leur substance lisse et très-ferme, et souvent dans leur intérieur un pus grumeleux. Lorsqu'un tubercule est presque entièrement converti en pus, il paroît n'être qu'une capsule blanche dans laquelle le pus est contenu. Quand plusieurs tubercules d'une grosseur considérable se sont agglomérés ensemble, de manière à former une seule masse tuberculeuse, cette masse se trouve ordinairement suppurée à l'intérieur. Le pus est ordinairement épais et grumeleux; mais, s'il est en quantité considérable, il ressemble davantage au pus d'un abcès ordinaire. On trouve souvent plusieurs petits abcès dans les poumons, qui résultent de la suppuration de quelques tubercules considérables. Les intervalles qui séparent ces tubercules ont ordinairement une texture plus dure, plus ferme, que dans l'état de santé : les cellules sont en même temps presque effacées.

J'ai quelquefois observé un grand nombre de petits abcès parsemés dans le parenchyme des poumons, de la grosseur environ

d'un pois. Le pus de ces abcès est plus épais que celui qui résulte de l'inflammation ordinaire, et ressemble beaucoup au pus scrophuleux. Il est probable que ces abcès proviennent de la suppuration de plusieurs tubercules isolés et épars. Le parenchyme pulmonaire environnant est souvent parfaitement sain, et les cellules sans aucune obstruction ou adhérence de leurs parois.

Du changement des tubercules en abcès résulte la phthisie pulmonaire, une des maladies les plus destructives de notre île. Des tubercules se trouvent quelquefois dans les poumons de très-jeunes enfans; savoir, à l'âge de deux ou trois ans : le temps le plus ordinaire de leur apparition est un peu avant la maturité de l'âge : on les voit aussi dans l'âge avancé.

En incisant les poumons, on en trouve souvent une portion considérable convertie en une matière blanchâtre, d'une mollesse presque diffluente, ressemblant exactement à une glande scrophuleuse au commencement de sa suppuration. Cette apparence est

produite probablement par un dépôt de matière scrophuleuse dans la substance cellulaire d'une certaine portion des poumons, et par sa disposition à la suppuration. Cette matière paroît être de la même nature que celle du tubercule, et elle en diffère seulement en ce qu'elle occupe un grand espace, tandis que le tubercule est circonscrit.

SECTION IV.

TUBERCULE MOU ET PULPEUX.

J'ai vu un autre tubercule des poumons qui diffère du précédent par sa nature et par sa moindre fréquence. Cette espèce de tubercule consiste dans une tumeur molle, d'une texture lisse et d'une couleur brunâtre: elle n'est revêtue d'aucune capsule propre; mais tient immédiatement au parenchyme des poumons. L'ouverture de ces tumeurs me les a toujours présentées sans suppuration : la grosseur moyenne de celles que j'ai vues égaloit celle d'une groseille, et leur

situation la plus ordinaire étoit à la surface des poumons. J'en ai vu cependant d'une moindre grosseur, parsemés dans la substance des poumons. De même que ce tubercule diffère beaucoup de celui précédemment décrit par ses qualités spécifiques, il est probable qu'il en diffère aussi par sa cause et par le mécanisme de sa production, que nous ne connoissons point, ou très-imparfaitement.

SECTION V.

AMAS D'EAU DANS LA SUBSTANCE DES POUMONS.

La substance des poumons consiste dans des cellules aériennes, et un tissu cellulaire analogue au système cellulaire général. Ce tissu cellulaire est habituellement humecté, afin que la dilatation et le resserrement des poumons se fassent librement. Le degré de cette humidité varie beaucoup, comme l'inspection des poumons le démontre : la quantité d'eau qui suinte alors est plus ou moins grande suivant les circonstances, et toujours

mêlée de quelques particules d'air. En quelques cas, la quantité de cette eau est augmentée au point de constituer une maladie qu'on peut nommer anasarque des poumons. Je n'ai jamais vu un cas de cette nature bien marqué; mais d'autres observateurs (1) ont constaté le fait. Il est peut-être superflu de dire qu'à mesure que l'eau s'amassera dans les poumons, leurs cellules aériennes seront comprimées, en sorte qu'elles ne pourront plus admettre tout l'air dont le sang a besoin.

SECTION VI.

POUMONS DISTENDUS PAR DE L'AIR.

L'ouverture de la poitrine laisse souvent appercevoir les poumons dans un état de dilatation, et remplissant complètement la cavité du thorax de chaque côté. Lorsqu'on examine ces organes dans cet état, on

(1) Trad. all. de l'anat. path., par Sœmmering, pag. 45.

trouve leurs cellules pleines d'air, de manière qu'on peut appercevoir à leur surface, immédiatement au dessous de la plèvre, un nombre prodigieux de petites vésicules blanches. Les bronches contiennent souvent en même temps beaucoup de liquide muqueux.

SECTION VII.

CELLULES AÉRIENNES DES POUMONS AUGMENTÉES.

Les poumons sont quelquefois partagés en un petit nombre de grandes cellules, en sorte qu'ils ressemblent à l'organe pulmonaire de quelques animaux amphibies. Quoique j'aie vu trois exemples de ce phénomène, je le crois cependant très-rare. Cet élargissement contre nature des cellules ne peut être vraisemblablement attribué qu'à quelque empêchement à la sortie de l'air, d'où suit son augmentation dans les cellules, et probablement la rupture de leurs cloisons; en sorte que plusieurs cellules contiguës n'en forment plus qu'une seule dans cet état contre nature.

SECTION VIII.

VÉSICULES AÉRIENNES ATTACHÉES AUX BORDS DES POUMONS.

De pareilles vésicules ont été trouvées quelquefois complètes en elles-mêmes, et sans faire partie des poumons. Au premier coup-d'œil on pourroit croire qu'elles étoient des cellules aériennes agrandies; mais, puisqu'elles ne communiquent avec aucune cellule aérienne, cette opinion ne paroît pas fondée : il paroît plus probable qu'elles constituent un état pathologique, et qu'elles se forment de la même manière que les vésicules aériennes qu'on trouve attachées aux intestins et au mésentère de quelques quadrupèdes, et que les très-petits vaisseaux sanguins qui se ramifient sur ces vésicules ont la faculté de sécréter de l'air (1).

(1) Œconomie animale, par Hunter, pag. 165.

SECTION IX.

LES POUMONS CHANGÉS EN UNE SUBSTANCE QUI RESSEMBLE AU FOIE.

Les poumons sont quelquefois convertis en une substance solide qui ressemble au foie : leur solidité et leur apparence générale sont à peu près les mêmes. L'exemple que j'en ai vu n'étoit qu'une préparation : je suis disposé à croire que ce changement est venu à la suite d'une inflammation qui avoit occupé toute l'étendue des poumons, et dans laquelle une grande quantité de la partie coagulable du sang avoit été extravasée dans la substance des poumons. L'extravasation donneroit nécessairement une grande solidité au tissu des poumons, et l'histoire des symptômes qui ont accompagné des changemens analogues, confirment l'opinion qu'elle en est la véritable cause. Ces symptômes sont ceux produits par une inflammation des poumons.

SECTION X.

LES POUMONS DEVENUS OSSEUX.

Quelquefois, mais rarement, une partie des poumons est convertie en os. Les petits vaisseaux qui, en pareille circonstance, se ramifient dans la substance des poumons, excrètent la matière osseuse. Dans le seul exemple que j'ai vu de cette nature, il sembleroit que le changement s'étoit fait rapidement. Il y avoit une grande difficulté de respirer; mais cette difficulté n'eut lieu que pour peu de semaines : chaque poumon subissoit le même changement, qui étoit déjà très-avancé; et j'observai dans ce sujet une forte disposition à l'ossification dans la constitution : il avoit une tumeur osseuse très-grosse autour du genou, et, bientôt après l'amputation du membre, la difficulté de respirer, occasionnée par l'ossification des poumons, survint. Voilà une métastase de cette maladie d'une partie externe à une partie interne, parfaitement analogue à la métastase de la goutte et du rhumatisme.

SECTION XI.

UNE TUMEUR SOLIDE COMPRIMANT LES POUMONS.

J'ai vu aussi une tumeur grosse comme une orange, attachée à l'un des poumons, sur un lien membraneux et lâche, et qui les comprimoit plus ou moins. Cette tumeur étoit formée d'une substance poreuse, jaunâtre, qui ne ressembloit pas par son tissu aux tumeurs reconnues généralement pour squirrheuses ou scrophuleuses : elle paroissoit d'une organisation *sui generis*. C'étoit probablement le résultat d'une action morbifique, dont nous ne connoissons pas les caractères.

SECTION XII.

DES CONCRÉTIONS TERREUSES DANS LES POUMONS.

Des concrétions terreuses ont été trouvées quelquefois dans les poumons ; c'est pour-

tant un phénomène assez rare : elles sont quelquefois petites, et d'autres fois en masse considérable (1). L'observation atteste même le changement d'une grande partie des poumons en matière terreuse (2).

SECTION XIII.

DES HYDATIDES.

Des hydatides se forment aussi quelquefois dans les poumons, et la toux en fait sortir plusieurs : elles sont de la même nature que celles formées dans le foie, dont nous parlerons lorsque nous en serons là.

SYMPTÔMES.

Les symptômes de l'inflammation de la substance des poumons correspondent beaucoup à ceux de la pleurésie. A la vérité l'inflammation des poumons est presque tou-

---

(1) Morgagni, epist. 17, art. 19; epist. 15, art. 25.

(2) Morgagni, epist. 22, art. 15.

jours accompagnée de celle des plèvres, de sorte qu'il est très-difficile de les distinguer dans la pratique ; mais cette distinction est presque indifférente, attendu que le traitement est le même pour ces deux maladies. Quand l'inflammation des poumons n'est pas accompagnée de celle des plèvres, et qu'elle est parfaitement simple, on a observé que la douleur dans la poitrine est plus obtuse, et que le pouls est plus dur ; la respiration est très-difficile ; les veines du cou sont gonflées ; le visage est enflé ; les joues et les lèvres sont pourprées. La difficulté qu'éprouve le sang veineux à traverser les poumons enflammés est la cause de tous ces effets ; et cette difficulté vient de l'extravasation de la partie coagulable du sang dans la substance des poumons, qui empêche leur expansion complète, et comprime en même temps les cellules aériennes; en sorte que la quantité nécessaire d'air n'y est pas admise, et que le sang en manque pour remplir convenablement ses fonctions dans l'économie. Quand l'inflammation des poumons s'est terminée par la suppuration, cela

se manifeste par des accès de froid, par une diminution de la douleur, et par l'expectoration du pus.

Lorsqu'il se forme des tubercules dans les poumons, et avant qu'ils aient suppuré, ils sont, je crois, accompagnés d'une toux légère, avec difficulté de respirer et un pouls accéléré. Ce sont là les symptômes qui précèdent ordinairement la phthisie pulmonaire, et qui sont négligés et par les malades et par leurs amis.

Quand les tubercules ont commencé à suppurer et à se former en ulcères, il y a expectoration d'un pus épais, qui est quelquefois mélangé de sang, émaciation, débilité, et cette affection générale connue sous le nom de fièvre hectique.

Je ne connois pas les symptômes du grand tubercule brun.

Quand

Quand les cellules des poumons ont été distendues et augmentées en capacité, les personnes ont resté long-temps sujettes à une grande difficulté de respirer; mais je ne crois pas qu'on reconnoisse aujourd'hui aucun symptôme par lequel on puisse distinguer cette maladie de quelques autres qui attaquent la poitrine.

Dans quelques cas où les poumons ont été convertis en une substance ressemblante au foie, on observe des symptômes analogues à ceux qui accompagnent l'inflammation. Je suis disposé à croire que cet état des poumons est dû à l'extravasation de la partie coagulable du sang dans leur substance, à l'occasion d'une inflammation.

Quand il se forme des concrétions terreuses dans les poumons, les personnes sont plus ou moins sujettes à une difficulté de respirer : elles ont de la toux. Quelques portions de ces concrétions sont quelquefois

rejetées par la toux, et cette circonstance décèle la nature de la maladie. Sans cela elle ne sauroit être distinguée de plusieurs autres qui attaquent la poitrine.

Lorsqu'il y a des hydatides formées dans les poumons, elles causent de la toux, de la difficulté de respirer, et de la fréquence dans le pouls. Une toux violente les fait rejeter quelquefois, et c'est le seul accident qui puisse servir à distinguer la maladie.

CHAPITRE V.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DE LA GLANDE THYROIDE, DU LARYNX, ET DES PARTIES CONTENUES DANS LE MÉDIASTIN POSTÉRIEUR.

Avant de décrire les états pathologiques des parties contenues dans le médiastin postérieur, nous ferons connoître les changemens maladifs auxquels sont sujets la glande thyroïde et le larynx. Ces derniers ont des rapports si intimes avec la trachée artère, que la description de leurs changemens morbifiques ne trouveroit pas sa place aussi bien ailleurs.

SECTION PREMIERE.

INFLAMMATION DE LA GLANDE THYROÏDE.

La glande thyroïde est quelquefois attaquée d'inflammation ordinaire; mais cela est rare. Aucune circonstance particulière

n'agit sur cette glande pour y produire l'inflammation, et elle semble aussi peu sujette à cette action morbifique que toute autre glande du corps humain. Quand la glande thyroïde est enflammée, elle présente la même apparence que la substance des autres parties affectées de la même maladie : ses vaisseaux sanguins sont augmentés de volume, et le nombre des petits vaisseaux capables d'admettre les globules rouges est augmenté : d'où elle paroît beaucoup plus vasculaire que dans l'état naturel : son volume est augmenté, et sa fermeté est plus grande que dans l'état sain. Ces effets sont produits par la plus grande quantité de sang qui y circule, et en partie par l'extravasation de la partie coagulable du sang, et peut-être du sang même dans sa substance.

SECTION II.

BRONCHOCÈLE.

Le changement de texture auquel la glande thyroïde est le plus sujette, est connu sous le nom de *bronchocèle*. Il arrive à plusieurs

individus de la même famille, et les femmes y sont plus sujettes que les hommes. Il est plus commun dans quelques pays que dans d'autres, dans les pays montagneux surtout.

Cette enflure de la glande thyroïde prend quelquefois un volume excessif, et projette en quelques cas plusieurs tumeurs sur la partie antérieure du cou, en croissant irrégulièrement. Cet accroissement irrégulier est plus ordinaire dans cette partie de la Savoie, où la maladie est endémique, que dans la Grande-Bretagne.

En incisant la glande affectée de cette maladie, on trouve dans son intérieur un grand nombre de cellules qui contiennent un fluide visqueux et transparent. Ces cellules varient sous le rapport de leur capacité dans les différentes parties de la même glande, aussi bien que d'une glande enflée à une autre dans différentes personnes : quelques unes sont assez grandes pour contenir un pois ; mais la plupart ne sont pas si grandes. Le fluide visqueux est changé en

gelée lorsque la tumeur a été gardée quelque temps dans l'esprit-de-vin. D'après cette description, il paroît probable que ce changement de texture vient d'une sécrétion viciée et augmentée de la glande. La sécrétion étant en grande quantité distend graduellement les cellules ; et cette distension parvenue à un certain point, constitue la maladie : mais ceci ne doit être regardé que comme une conjecture, et ne doit être adopté qu'avec précaution.

SECTION III.

LA GLANDE THYROÏDE SQUIRRHEUSE.

La glande thyroïde devient quelquefois squirrheuse; mais elle n'est pas aussi sujette à cette maladie que quelques autres glandes du corps : affectée de cette maladie, elle est dure et augmentée de volume ; mais non pas à un degré considérable. On la trouve, en l'incisant, d'une consistance solide, d'une couleur brunâtre, tirant sur le blanc, avec très-peu de cette texture qui distingue le bronchocèle.

Cette glande est sujette à s'enfler et à devenir dure, lorsqu'il existe des ulcérations au commencement de l'œsophage. Cet effet est quelquefois produit parce que l'ulcère de l'œsophage s'étend sur la glande. Le même changement a été observé dans des cas où pourtant l'ulcère n'avoit pas gagné la glande, et où elle étoit restée intacte; ce qui semble autoriser l'opinion qu'il existe quelque communication entre la glande et la partie supérieure de l'œsophage, par des canaux particuliers. Ces canaux ont été supposés par plusieurs anatomistes; mais leur existence n'a jamais été démontrée.

SECTION IV.

LA GLANDE THYROÏDE CONVERTIE EN OS.

Chez des personnes âgées la glande thyroïde est quelquefois convertie en une masse osseuse, ses petits vaisseaux ayant acquis la faculté de sécréter la matière osseuse. Cette action morbifique n'a pourtant lieu que rarement, et ce changement doit être regardé comme un phénomène bien rare :

il peut n'être suivi d'aucune conséquence fâcheuse ; mais on peut aussi concevoir que la masse osseuse peut avoir des points saillans qui, en irritant le larynx ou la partie supérieure de la trachée, produiroient de l'inflammation et l'ulcération de ces parties, ou même la mort.

SECTION V.

LES CARTILAGES DU LARINX OSSIFIÉS.

Les cartilages du larynx s'ossifient au déclin de l'âge, ou un peu avant. Lorsque la disposition à sécréter la matière osseuse n'est pas très-forte, quelques portions du cartilage thyroïde seulement sont ossifiées ; mais quand cette disposition est prédominante, tous les cartilages sont changés en os. Quand cela a lieu, ces cartilages sont sujets aux mêmes accidens que les os naturels ; ainsi on les a vus s'exfolier, et les parties exfoliées rejetées par une toux violente ou par le vomissement. Le docteur Hunter a vu un exemple de la conversion du cartilage cricoïde en os, de sa séparation par

l'exfoliation, et enfin de son expulsion par la toux. Il ne faut pas conclure de ce qui précède, que ces cartilages ossifiés sont plus sujets que les autres os à s'exfolier. Je crois que les exemples de leur exfoliation sont extrêmement rares.

SECTION VI.

ULCÈRES DANS LA CAVITÉ DU LARYNX.

La membrane interne du larynx est très-sujette à s'enflammer, et son inflammation est le plus ordinairement accompagnée de celle de la trachée artère, comme nous aurons occasion de le dire plus bas. Dans quelques cas pourtant l'inflammation est bornée à la cavité du larynx, et s'y termine quelquefois par la suppuration, dont j'ai vu plusieurs exemples. La suppuration arrive le plus communément dans les *sacculi laryngis*; et les ulcères que j'ai vus dans cette partie étoient accompagnés d'un épaississement scrophuleux des parties environnantes.

SECTION VII.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DES PARTIES CONTENUES DANS LE MÉDIASTIN POSTÉRIEUR.

Par médiastin postérieur, on entend l'espace compris entre les lames des plèvres qui s'étendent des racines des poumons aux côtés du rachis. Cet espace est assez considérable, et contient une portion de la trachée, de l'œsophage, du canal thorachique, et de l'aorte descendante; la veine azygos, et quelques glandes absorbantes.

SECTION VIII.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DE LA TRACHÉE.

Il n'est pas rare de voir la membrane interne de la trachée plus ou moins enflammée. Dans cet état, elle est remplie d'un nombre infini de petits vaisseaux sanguins qui charrient du sang rouge, et lui donnent une apparence entièrement vasculaire. Quand il n'y a point d'inflammation, cette membrane a l'apparence blanche et pulpeuse;

mais on voit rarement des vaisseaux rouges s'y ramifier. Quand la membrane interne est enflammée, la sécrétion de ses glandes est très - augmentée, et l'on trouve beaucoup de mucosités dans son intérieur : il s'y trouve même quelquefois du pus, et ces deux fluides sont mêlés ensemble avec de l'air.

C'est là probablement l'état de la trachée dans un catarrhe violent, ainsi qu'en quelques cas d'abcès scrophuleux des poumons accompagnés de raucité, et d'un sentiment de douleur tout le long de la trachée. Les mêmes apparences s'observent aussi dans la membrane interne du larynx.

SECTION IX.

APPARENCE DE LA TRACHÉE DANS LE CROUPS.

Quand la membrane interne de la trachée est enflammée, elle se tapisse quelquefois d'une couche de matière jaune et pulpeuse, qui ne lui adhère point assez intimement

pour ne point en être facilement séparable. Cette couche s'étend de la partie supérieure de la cavité du larynx jusque dans les ramifications que la trachée envoie dans les poumons. Il y a en même temps beaucoup de mucus, mélangé de pus, dans la trachée et ses ramifications. Telle est l'apparence de la trachée dans les personnes mortes de cette maladie.

SECTION X.

DU POLYPE.

La trachée et ses ramifications sont quelquefois doublées par une matière jaunâtre en forme de tube, appliquée à leur surface interne. Il ne m'est pas arrivé d'en voir un exemple dans les cadavres que j'ai examinés; mais j'en ai vu plusieurs représentés en préparation. La membrane interne paroît être dans son état naturel, et cette couche de matière jaunâtre ressemble à la partie coagulable du sang extravasée en d'autres parties du corps, et je n'ai aucun doute qu'elle ne soit de la même nature. Puisque

cette maladie (appelée *polype*) dure long-temps, et sans inflammation, il paroît probable que les vaisseaux de la membrane interne de la trachée ont la faculté de séparer du sang sa partie coagulable, et que cette maladie vient d'une action particulière de ces vaisseaux. La trachée est quelquefois remplie d'une substance solide, de la nature qui vient d'être décrite. Je n'ai vu qu'un seul exemple de ce changement, et je crois que ces exemples sont beaucoup plus rares que le précédent.

Les substances tubulaires que la toux fait rejeter de la trachée, et qui constituent la forme la plus ordinaire du polype, furent regardées autrefois par des anatomistes distingués comme des vaisseaux sanguins. Il est assez singulier qu'ils eussent fait assez peu d'attention à l'apparence de ces substances tubulaires, pour être trompés au point de les prendre pour des vaisseaux sanguins; et il l'est encore davantage qu'ils n'aient pas réfléchi que des vaisseaux sanguins si considérables ne pourroient pas être rejetés sans

que beaucoup de sang ne fût rejeté en même temps.

Une opinion plus moderne, sur la nature de ces substances tubulaires, est qu'elles consistent dans du mucus desséché. Cette opinion n'est pas mieux fondée que les autres, quoiqu'elle paroisse plus vraisemblable. Le mucus sécrété par la membrane interne de la trachée, ressemble parfaitement à celui sécrété par la membrane interne des narines. Tout le monde connoît l'apparence du mucus nasal desséché : celui de la trachée auroit la même apparence dans la même circonstance. Les substances tubulaires rejetées par la toux ont une apparence tout-à-fait différente, et (comme déjà il a été remarqué) ne diffèrent en rien de la fibrine du sang. L'influence de l'air ne s'étend pas assez loin de la surface du corps, pour pouvoir sécher le mucus à l'intérieur; car il est fluide dans la partie postérieure des fosses nasales.

SECTION XI.

LA TRACHÉE DEVENUE SQUIRRHEUSE.

J'ai vu la trachée diminuée de calibre

dans la longueur de deux ou trois pouces ; ses parois épaissies en même temps, et sa membrane interne élevée en un grand nombre de petits tubercules durs. Cet état de la trachée étoit accompagné d'une affection squirrheuse de quelques glandes absorbantes qui lui adhéroient intimement, et il m'a paru que la maladie des glandes s'étoit communiquée à la trachée.

SECTION XII.

LES ANNEAUX DE LA TRACHÉE OSSIFIÉS.

Les anneaux cartilagineux de la trachée s'ossifient quelquefois. La respiration n'est pas affectée par un léger degré d'ossification ; mais quand les anneaux sont entièrement ossifiés, la trachée perd de sa flexibilité, et sa cavité n'est plus susceptible d'être rétrécie, comme dans l'état naturel, par les fibres musculaires qui entrent dans sa structure. La conséquence de cette ossification est nécessairement que le mucus qui s'y accumule n'en peut pas être rejeté aussi facilement par la toux, et que la colonne d'air ex-

pulsée par la respiration sera plus grande, et chassée avec moins de force.

SECTION XIII.

ULCÈRE DE LA TRACHÉE.

Personne ne peut douter que la trachée ne puisse être ulcérée idiopathiquement; pourtant dans tous les exemples que j'en ai vus, l'ulcération de cette partie étoit liée avec celle de l'œsophage. L'œsophage étant plus sujet à cette maladie, il est probable que dans ces cas l'ulcération commencée dans l'œsophage s'étoit étendue à la trachée.

SECTION XIV.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DE L'OESOPHAGE.

L'œsophage est souvent tapissé d'une couche de la partie fibrineuse du sang qui s'étend depuis la cavité de la bouche, tout le long du canal intestinal; mais je crois que cela est extrêmement rare, et qu'elle se termine pour l'ordinaire à l'extrémité inférieure

férieure de l'œsophage. La membrane interne de la bouche est beaucoup plus vasculaire que dans l'état naturel, et d'une couleur rouge foncée ; mais, dans les recherches faites après la mort, cette apparence rouge n'est pas perceptible dans l'œsophage. Cette maladie est connue sous le nom d'*aphthes*, et s'observe beaucoup plus souvent dans le corps vivant que dans le cadavre.

SECTION XV.

CONSTRICTION SPASMODIQUE DE L'ŒSOPHAGE.

L'œsophage est sujet à des constrictions produites par la contraction d'une portion quelconque de ses fibres musculaires. Cette maladie a lieu le plus souvent chez les femmes dont la constitution est plus délicate et plus sujette à l'influence nerveuse. On trouve l'œsophage, dans un corps mort à la suite de cette maladie, plus ou moins resserré dans une partie quelconque, et plus dur que dans l'état naturel, comme il arrive toujours à des muscles dans l'état de contraction. Aucune désorganisation des parties

n'accompagne pour l'ordinaire cette maladie. On peut concevoir pourtant que cette contraction pourroit occasionner une maladie permanente et même funeste. Les fibres musculaires pourroient comprimer la membrane interne, au point d'y exciter de l'inflammation, laquelle pourroit déterminer la suppuration, et probablement la mort.

SECTION XVI.

RESSERREMENT DE LA MEMBRANE INTERNE DE L'OESOPHAGE.

Un resserrement très-extraordinaire de l'œsophage, dont j'ai vu un seul exemple, consistoit dans un froncement de la membrane interne, qui rendoit l'œsophage si étroit qu'un petit pois pouvoit à peine y passer : il n'y avoit pourtant aucune altération dans la texture de la membrane ainsi resserrée, et les fibres musculaires environnantes étoient parfaitement saines. Les progrès de cette maladie furent lents. La personne qui en étoit le sujet eut une difficulté d'avaler pendant plusieurs

années, et ne pouvoit avaler que des substances d'un très-petit volume.

SECTION XVII.

CONSTRICTION ACCOMPAGNÉE D'ULCÈRE.

Le changement pathologique le plus fréquent de l'œsophage est celui causé par un ulcère de sa cavité. Les ulcères de l'œsophage n'ont quelquefois rien d'extraordinaire; mais le plus communément ils sont accompagnés d'une affection squirrheuse. Quand ils sont la suite d'une inflammation ordinaire, les parties environnantes ne sont pas beaucoup épaissies; et le seul changement apparent est celui de l'érosion ordinaire en pareil cas. Quand l'ulcère est de nature squirrheuse, l'œsophage est épaissi et dur tout autour. La texture des parties ainsi altérées paroît consister dans une substance charnue, dure, homogène, ou bien entrecoupée par des cloisons membraneuses, ou bien enfin elle est cartilagineuse. Dans tous les cas, l'œsophage est plus ou moins rétréci, et quelquefois totalement obstrué. Il est digne de remarque

que ces ulcères arrivent presque toujours immédiatement au dessous du pharynx, ou près de l'orifice cardiaque de l'estomac.

Toute substance capable d'irriter l'œsophage, par des prolongemens aigus, détermineroit probablement cette altération à l'entrée du canal. Si donc un pareil accident arrive à un œsophage prédisposé au squirrhe, il agira comme cause occasionnelle, et la maladie aura lieu le plus fréquemment à sa partie supérieure. Il y a à l'orifice cardiaque un arrangement particulier des fibres musculaires, tel qu'elles peuvent faire, en quelques cas, la fonction de sphincter; disposition qui est probablement quelquefois la cause du rétrécissement de cette partie. Ce rétrécissement rendroit l'orifice cardiaque plus sujet à être lésé par le passage des matières dures, et pourroit être suivi à la fin d'un ulcère squirrheux. C'est ainsi que feu le docteur Hunter expliquoit la fréquence des ulcères à la partie supérieure et inférieure de l'œsophage; explication qui paroît assez vraisemblable. Il arrive pourtant assez souvent que les ul-

cères de l'œsophage viennent spontanément, ou, pour mieux dire, de causes internes, invisibles, et inconnues. Quand il survient un ulcère à la partie supérieure de l'œsophage, il s'étend ordinairement dans la substance de la glande thyroïde. Dans ce cas, la glande devient dure, ulcérée, et augmente de volume ; mais en quelques cas elle augmente de volume sans que l'ulcère de l'œsophage se soit étendu à elle.

SECTION XVIII.

OESOPHAGE DEVENU CARTILAGINEUX.

On a vu une partie de l'œsophage converti en cartilage (1), et le diamètre de cette partie beaucoup diminué ; ce n'étoit probablement qu'un état très-avancé de la dégénérescence fibreuse mentionnée ci-dessus.

SECTION XIX.

FUNGUS DANS LE PHARYNX.

J'ai vu un exemple de fungus qui s'élevoit

(1) Bonnet, vol. 2, p. 32.

de la face interne du pharynx, et de l'extrémité supérieure de l'œsophage; exemple à la vérité bien rare : la dissection y fit voir une texture fibreuse, dont les fibres étoient à angle droit avec la membrane interne d'où le fungus avoit pris naissance : sa surface étoit ulcérée.

SECTION XX.

TUMEUR SCROPHULEUSE DANS LE PHARYNX.

Il m'est arrivé de voir une tumeur scrophuleuse à l'extrémité inférieure du pharynx, et au commencement de l'œsophage : l'incision y fit voir une substance analogue à celle d'une glande absorbante, devenue scrophuleuse. Cette tumeur naissoit du côté du pharynx qui est contigu au larynx, et y exerçoit une compression qui empêchoit le malade non seulement d'avaler, mais aussi de parler, excepté d'une voix très-basse.

SECTION XXI.

POCHE FORMÉE A L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU PHARYNX.

L'extrémité inférieure du pharynx a été observée en forme de poche par une dilatation considérable qui la fit descendre derrière l'œsophage. Il existe un exemple de ce cas-ci dans la collection du docteur Hunter : on peut le regarder pourtant comme très-rare. Dans le cas dont il s'agit, la poche avoit été formée par le séjour d'un noyau de cerise qui s'y étoit niché, et qui ne fut rejeté qu'au bout de trois jours par une toux violente. Une portion du bol alimentaire s'arrêta toujours après dans la cavité formée par le noyau de cerise : au bout de cinq ans enfin la poche fut dilatée au point de pouvoir contenir plusieurs onces de fluide : elle avoit une longueur considérable derrière l'œsophage, et une communication valvulaire s'étoit établie entr'elles. A mesure que la poche augmentoit de capacité, cette communication valvulaire

devenoit de plus en plus complète, en sorte qu'à la fin l'aliment, quelle qu'en fût l'espèce, restoit tout entier dans la poche, ne pouvant plus passer dans l'œsophage : le malade est nécessairement mort. L'extrémité inférieure du pharynx est peut-être la seule partie du canal alimentaire, où un pareil accident puisse arriver. Le pharynx ne diminue pas de diamètre peu à peu, de manière à s'unir insensiblement à l'œsophage. Au contraire son extrémité inférieure se rétrécit subitement au commencement de l'œsophage, de manière à laisser un petit espace où un corps étranger pourroit séjourner. Cet espace est nécessairement à la partie postérieure; et s'il vient à être formé en cavité, il passera derrière l'œsophage. Les circonstances de ce cas singulier ont été publiées dans les Observations Médicales (1).

(1) Observations Méd., vol. 3, p. 55.

SECTION XXII.

DE L'AORTE DESCENDANTE.

L'aorte descendante contenue dans le médiastin postérieur n'est presque sujette à aucune maladie autre que l'anévrisme. Celle-ci consiste dans l'augmentation de l'aorte beaucoup au delà de son volume naturel : ses tuniques sont irrégulièrement épaissies, et facilement séparables l'une de l'autre. De petites lames minces d'une matière osseuse sont fréquemment déposées derrière la membrane interne. Cet état pathologique a été déjà expliqué plus particulièrement. Cette partie de l'aorte ne devient anévrismale que très-rarement, et dans le cas où l'affection anévrismale est générale dans le système.

SECTION XXIII.

LA VEINE AZYGOS VARIQUEUSE.

La veine azygos est rarement affectée de maladie ; je l'ai vue pourtant variqueuse et très-augmentée de volume. Ce changement provenoit de quelques circonstances

particulières. Une portion considérable de la veine cave inférieure avoit été oblitérée; par conséquent la veine azygos ordinaire, et une autre qui y étoit par extraordinaire étoient les seuls moyens par lesquels le sang pouvoit arriver au cœur : elles étoient donc nécessairement augmentées de volume par la grande quantité et la forte impulsion du sang; et par-là même elles étoient devenues variqueuses. J'ai décrit ce cas plus particulièrement dans les Transactions médicales et chirurgicales (1).

SECTION XXIV.

RUPTURE DE LA VEINE AZYGOS.

Une observation constate la rupture de la veine azygos trop distendue par une trop grande quantité de sang (2). Un pareil cas ne s'est pas présenté à moi et je le crois très-rare.

---

(1) *Vide*, pag. 125, etc.

(2) Morgagni, epist. 26, art. 29.

SECTION XXV.

LE CANAL THORACHIQUE VARIQUEUX.

Le canal thorachique est encore sujet à très-peu de maladies. Je n'en ai jamais vu, excepté une augmentation considérable de capacité et une affection variqueuse : dans ce cas même, il avoit à peu près la grosseur de la veine sous-clavière. Les parties environnantes ne présentoient rien qui pût être la cause de ce changement. Il n'y avoit aucune obstruction à l'entrée du canal thorachique dans le système veineux, comme on avoit lieu de l'attendre. Cet état pathologique a été déjà décrit par Cruikshank, dans son Traité sur le système absorbant (1).

SECTION XXVI.

CANAL THORACHIQUE OBSTRUÉ.

On a observé le canal thorachique obstrué par une matière terreuse déposée dans sa

---

(1) Seconde édition, p. 207, représenté par une gravure, planche V.

cavité (1). L'obstruction du canal thorachique, dans une certaine partie, n'entraîne pas comme conséquence necessaire que le chyle ne puisse parvenir au système sanguin. Ce canal donne naissance quelquefois à des branches considérables qui se réunissent encore au tronc. Dans le cas où l'obstruction auroit lieu entre le commencement et la terminaison de ces branches, il n'en résulteroit aucun inconvénient : une, ou plusieurs d'elles se dilateroient, et laisseroient passer le chyle tout entier.

SECTION XXVII.

RUPTURE DU CANAL THORACHIQUE.

On a vu le canal thorachique déchiré; mais cela est extrêmement rare.

SECTION XXVIII.

GLANDES ABSORBANTES DEVENUES SCROPHULEUSES.

Les glandes absorbantes du médiastin pos-

(1) Lieutaud, vol. 2, p. 93.

térieur, comme dans toute autre partie du corps, sont sujettes à plusieurs maladies, dont la plus fréquente est le scrophule. Dans l'état scrophuleux elles sont très-augmentées de volume et plus molles que dans leur état naturel : cependant elles offrent souvent, dans leur intérieur, une texture naturelle ; mais plus fréquemment elles contiennent une substance blanche caséeuse, mélangée d'un pus épais; et c'est là le caractère le plus distinctif de l'affection scrophuleuse. Quand ces glandes sont ainsi augmentées, elles causent nécessairement une difficulté de respirer, tant en comprimant les poumons, qu'en comprimant la trachée.

SECTION XXIX.

GLANDES ABSORBANTES DEVENUES SQUIRRHEUSES.

J'ai vu les glandes absorbantes devenues squirrheuses autour de la trachée ; apparence pathologique bien rare à la vérité : elles

étoient augmentées de volume, et paroissoient dures au toucher.

Elles montroient dans leur intérieur une texture dure, brunâtre, entrecoupée par des membranes; caractère commun au squirrhe dans toutes les parties du corps. La trachée étant en contact avec ces glandes étoit très-affectée : dans ce cas la glande thyroïde étoit squirrheuse, et il est probable que cette affection s'étendoit de cette glande aux glandes absorbantes, et à la trachée.

SECTION XXX.

GLANDES ABSORBANTES DEVENUES OSSEUSES.

Les glandes absorbantes, près la trachée, sont quelquefois converties en une matière osseuse ou terreuse, par une faculté particulière dont leurs vaisseaux sont alors doués, de sécréter cette matière; et je crois cette maladie plus fréquente aux glandes absorbantes qui sont à la racine de la trachée, que dans toute autre partie du corps. Ces glandes ainsi affectées compriment la trachée et l'œ-

sophage, et leur causent quelquefois des ulcères.

SECTION XXXI.

DU MÉDIASTIN ANTÉRIEUR.

Par médiastin antérieur on entend l'espace contenu entre les feuillets des plèvres, qui s'étendent du sternum au péricarde. Cet espace ne contient que du tissu cellulaire, de la graisse, et dans le jeune sujet, le thymus : on y trouve rarement quelque altération morbifique : des abcès s'y peuvent trouver pourtant; on trouve aussi quelquefois de l'eau dans les cellules de son tissu cellulaire. J'ai vu aussi de l'air dans ces cellules. De la graisse s'y accumule quelquefois en quantité considérable, et peut, par son volume, déranger les fonctions du cœur et des poumons.

SECTION XXXII.

ALTÉRATION PATHOLOGIQUE DU THYMUS.

Le thymus n'ayant qu'une existence momentanée, ne peut être sujet qu'à

peu de maladies; par conséquent peu de changemens pathologiques y ont été observés. Ce corps ne paroît pas très-sujet à l'inflammation ; par conséquent des abcès s'y trouvent rarement , et n'ont guères arrêté l'attention des auteurs : il est plus sujet à augmenter de volume et à prendre une texture plus dure. J'ai vu un seul exemple de ce changement; mais l'occasion ne me permit point de l'examiner avec attention.

On a observé de petits calculs dans cette glande.

SYMPTÔMES.

L'inflammation de la glande thyroïde peut être reconnue à l'augmentation de volume et de fermeté que prend, dans ce cas, la glande; par la douleur qui s'y fait sentir et qui est augmentée par la pression, et probablement par la déglutition : elle peut être distinguée d'autres tuméfactions de cette glande, du bronchocèle , par exemple , par ses progrès plus rapides, par la douleur , et par son moindre volume.

Les

Les praticiens doivent avoir le plus grand soin d'éviter la suppuration de la glande thyroïde à la suite de l'inflammation. Si la suppuration se fait à l'extérieur, il en résultera une cicatrice au cou ; si au contraire elle se fait à l'intérieur, le pus s'épanchera dans la cavité du larynx ou de la trachée, et le malade sera suffoqué. Il y a dans la Collection du Dr. Hunter un exemple de cet évènement funeste de l'inflammation de la glande thyroïde. Il faut essayer tous les moyens possibles pour opérer la résolution de l'inflammation. Quand l'inflammation d'une partie quelconque se termine par résolution, les vaisseaux sanguins reprennent peu à peu l'action et la grosseur qui leur sont naturelles ; les absorbantes profondes sont en même temps excitées, et leur action plus forte reprend le sang et sa partie coagulable qui étoient extravasés par l'inflammation ; et c'est là un principal usage de ses vaisseaux qui sont distribués par toutes nos parties (1).

(1) Le retour de quelques unes de nos parties situées profondément, d'un volume excessif, suite

Le bronchocèle peut être distingué des autres tumeurs de la glande thyroïde ; par son progrès plus lent; par le volume auquel il peut atteindre; par l'absence de toute douleur; par son apparence plus fréquente dans la jeunesse ; par sa fermeté plus ou moins augmentée, sensible au toucher et sans dureté; et parce que la santé n'en est point affectée.

---

d'altération morbifique à leur volume naturel, fournit une preuve du *consensus* ou sympathie qui existe entre les vaisseaux absorbans superficiels et profonds. Lorsque, par exemple, on réduit un testicule tuméfié par la friction d'un onguent mercuriel sur la surface du scrotum qui le couvre, on ne peut pas supposer qu'aucune partie de l'onguent puisse venir en contact avec les vaisseaux absorbans du testicule tuméfié ; ces vaisseaux sont pourtant excités à une action plus énergique, par laquelle la tumeur est réduite. Cet effet ne peut s'expliquer que par l'hypothèse d'un *consensus*, ou sympathie entre les absorbans du scrotum et ceux du testicule, par lequel un *stimulus* appliqué aux premiers agiroit aussi sur les derniers.

Le squirrhe de la glande thyroïde peut être distingué par sa plus grande dureté, par des douleurs lancinantes, et parce qu'il arrive le plus souvent dans la vieillesse. La tumeur provenant du squirrhe n'est pas ordinairement aussi volumineuse que dans le bronchocèle.

On ne peut s'assurer de l'ossification de la glande thyroïde, que par un examen attentif de la partie. Si l'ossification s'est faite sur la surface de la glande, la matière osseuse sera facilement sentie sous la peau ; mais si elle s'est faite profondément, le cas est plus obscur, et il peut rester quelque incertitude sur la nature de la maladie. Un progrès ultérieur ne laissera pourtant aucun doute.

Quand les cartilages du larynx sont changés en os, on remarque que la voix devient rauque, ou qu'elle est à peu près anéantie.

Cet effet s'explique facilement par la perte de flexibilité qu'ont éprouvée les cartilages du larynx; ce qui les rend incapables de ces mouvemens délicats qui sont probablement nécessaires à la fonction de la voix.....
Dans les cas que j'ai examinés, les ligamens qui joignent ensemble les cartilages n'avoient point changé de texture : s'ils avoient été changés en os, le larynx auroit perdu totalement la faculté de se mouvoir. Son influence sur la voix, dont il est le principal instrument, seroit alors nulle; mais quel seroit en général l'effet d'un tel changement sur la voix, il est difficile de déterminer avec exactitude. En quelques cas d'ossification des cartilages du larynx, il est survenu une impossibilité parfaite d'avaler; ce qui a tué le malade. L'examen le plus scrupuleux après la mort ne découvrit aucune maladie, ni dans le pharynx, ni dans l'œsophage. Il est difficile d'expliquer comment cela a pu arriver; mais le fait est constaté par l'observation du docteur Robertson, médecin de l'hospice de Greenwich.

Dans le cas d'ulcères dans la cavité du larynx, une douleur fixe se fait sentir dans cette région. Il y a en même temps difficulté de respirer, et le malade ne peut parler que d'une voix très-basse; ajoutez la fièvre symptomatique.

Les symptômes du catarrhe sont trop généralement connus pour avoir besoin d'être répétés ici. Quand il y a un sentiment de douleur qui descend par le milieu de la poitrine, l'inflammation considérable de la membrane interne de la trachée en est indiquée. Cette inflammation passe rapidement; mais la sécrétion augmentée des glandes reste souvent pour long-temps.

L'inflammation de la membrane interne de la trachée, qui se rencontre quelquefois chez les phthisiques, continue, je crois, plus long-temps que dans le catarrhe, et peut être réputée chronique.

Les symptômes de la croupe sont l'affec-

tion générale du système appelée *fièvre*, respiration difficile, un bruit sifflant dans l'inspiration, une voix rauque, toux accompagnée d'un son aigu. Des portions d'une membrane blanchâtre, et du pus, sont rejetées de temps en temps par la toux, et simultanément avec les symptômes précédens. On peut supposer, sans blesser la vraisemblance, que cette membrane blanchâtre est formée par quelque action particulière des vaisseaux sanguins, du larynx, et de la trachée, et qui ne dépend pas de l'inflammation. Dans l'inflammation ordinaire de la surface interne du larynx et de la trachée, il y a seulement une sécrétion augmentée du mucus, et quelquefois du pus; mais, dans la croupe, il se forme toujours une membrane. Cette circonstance donne de la probabilité à la supposition que nous avons faite; et cette hypothèse pourroit expliquer pourquoi la croupe guérit si rarement par des moyens efficaces pour la guérison de l'inflammation ordinaire.

Les symptômes du polype de la trachée

sont, difficulté de respirer, toux sèche, un pouls fréquent, mais aucun signe d'inflammation. Ces signes n'auroient pas suffi pour faire distinguer cette maladie de plusieurs autres, si des portions du polype n'eussent été souvent rejetées par la toux. Cette maladie dure ordinairement long-temps.

Les symptômes de la constriction spasmodique de l'œsophage caractérisent suffisamment cette maladie. La difficulté d'avaler n'est pas permanente, mais intermittente. Cette difficulté va et vient subitement; fréquemment le malade ne souffre aucun amaigrissement, et généralement la santé paroît bonne.

La constriction de l'œsophage, résultant du froncement de sa membrane interne, est lente dans ses progrès : elle peut durer plusieurs années, et pourtant la santé paroîtra bonne, excepté la difficulté d'avaler. Cette difficulté est permanente; en

quoi ce cas-ci diffère de celui d'une contraction spasmodique des fibres musculaires de l'œsophage.

Les symptômes de la constriction de l'œsophage, résultans d'un ulcère, et épaississement squirrheux, la distinguent suffisamment des deux maladies précédentes. La déglutition, peu gênée d'abord, empire graduellement, sans revenir jamais par intervalle à son état naturel. Quand la maladie a fait des progrès, l'aliment est souvent rejeté, et quelquefois du pus en même temps. Le pouls est plus fréquent que dans l'état naturel; et, vers la fin de la maladie, le corps devient excessivement émacié. L'irritation des parties environnantes y produit une sécrétion surabondante; ce qui cause un crachement et de la toux. Quoique vers la fin de cette maladie le passage des alimens à l'estomac soit tout-à-fait empêché, le malade ne se plaint pourtant pas beaucoup de la fièvre. Les personnes attaquées de cette maladie meurent

en partie par le défaut de nourriture, et en partie par l'irritation même de la maladie.

Quand il y a un fongus, ou tumeur scrophuleuse dans l'œsophage, les symptômes sont, je crois, à peu près les mêmes que ceux de la constriction squirrheuse que nous venons de décrire.

CHAPITRE VI.

APPARENCES PRODUITES DANS LA CAVITÉ DE L'ABDOMEN PAR CAUSE MALADIVE.

SECTION PREMIERE.

L'HYDROPISIE ascite est une maladie très-fréquente, et qui n'est le partage d'aucun âge ni sexe en particulier. J'en ai vu plusieurs exemples dans des enfans de l'âge de dix ans; mais elle est plus commune au moyen âge, et dans l'âge avancé : elle est aussi plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Lorsqu'il y a une grande quantité d'eau amassée dans la cavité de l'abdomen, les veines superficielles du ventre sont en même temps fort distendues; effet produit probablement par la pression de l'eau sur les veines profondes; mais cette apparence n'est

pas constante, même dans les cas où la maladie est au plus haut point. La peau de l'ombilic, cédant facilement à la pression, est souvent, mais non pas toujours, poussée en avant. Souvent cette protrusion n'est pas sensible, quoique l'eau soit accumulée en grande quantité : à l'ouverture de la cavité de l'abdomen on y voit plus ou moins d'un fluide aqueux d'une couleur brunâtre; mais la couleur varie suivant les circonstances. Si un squirrhe du foie existe avec l'hydropisie, l'eau est le plus souvent jaunâtre ou verdâtre. Cette couleur vient d'un mélange de bile avec l'eau; dans ce cas, la peau est presque toujours affectée de jaunisse. J'ai vu l'eau de l'hydropisie ascite de la couleur de café ou de chocolat; mais cette apparence est rare, et dans l'exemple que j'en ai vu, l'eau étoit plus épaisse qu'elle ne l'est ordinairement; mais ses propriétés étoient les mêmes que dans les cas ordinaires, autant que l'on pouvoit les déterminer par la chaleur et par les acides. Lorsque aucun des viscères de l'abdomen n'est dérangé ni malade, l'eau de l'hydropisie ascite ressemble

au sérum du sang en couleur et en propriétés. Quand il y a de l'eau en quantité plus que naturelle dans la cavité de l'abdomen, le canal intestinal se trouve fréquemment contracté ; mais souvent cela n'a pas lieu. Le foie est altéré, dur, et tuberculé en plusieurs cas d'ascite, comme nous l'expliquerons par la suite, en traitant des maladies du foie. En quelques cas, la rate aussi a été trouvée dure, et augmentée de volume.

L'hydropisie ascite n'est pas nécessairement accompagnée d'une accumulation d'eau dans aucune autre partie du corps; mais pourtant elle est souvent accompagnée par l'hydropisie de la poitrine et par l'infiltration des jambes.

SECTION II.

INFLAMMATION DU PÉRITOINE.

L'inflammation du péritoine n'est pas une maladie rare ; le péritoine n'y est pourtant pas aussi sujet que les plèvres, à beaucoup près. Une cause de l'inflammation du péritoine, qui est particulière aux femmes, est un certain état de la matrice, à la suite de l'accouchement. Mais il y a une grande variété de causes qui la produisent, et qui sont communes aux deux sexes; de sorte que cette maladie est fréquente chez les hommes, ainsi que chez les femmes qui n'ont jamais été grosses. Quand l'inflammation du péritoine a eu lieu, il y a plusieurs phénomènes à remarquer à l'ouverture du cadavre. Le péritoine est plus épais, plus pulpeux, et moins transparent que dans l'état naturel; son tissu est rempli d'un nombre infini de petits vaisseaux sanguins qui charrient du sang rouge. Ayant séparé la tunique péritoniale des muscles abdominaux, on les voit rarement affectés de l'inflammation ; mais la portion

de cette tunique enflammée, qui recouvre le canal intestinal, communique l'inflammation aux fibres musculaires de ce canal, quelquefois même à sa tunique villeuse. La raison en est probablement que le péritoine est moins étroitement lié aux muscles abdominaux qu'au canal intestinal ; en sorte que l'inflammation passe plus facilement à cette dernière partie qu'à la première.

L'inflammation du péritoine est quelquefois légère et partielle ; d'autres fois intense et générale : quand elle est légère et qu'elle affecte cette partie du péritoine qui est en contact avec le canal intestinal, elle trace de larges bandes qui suivent le cours des intestins, et sont limitées par le contact des différentes parties des intestins entr'eux. Dans ce cas, les tuniques des intestins ne sont point épaissies, l'inflammation n'étant que légère et bornée au péritoine. Lorsque l'inflammation est considérable, les intestins s'épaississent et deviennent plus denses. Ce changement vient évidemment du plus grand afflux du sang dans les petits vaisseaux sanguins, et de l'extravasation des fluides dans

la substance des intestins, en conséquence de la forte action inflammatoire de leurs vaisseaux. Le mésentère et le méso-colon sont aussi beaucoup épaissis, et l'épiploon éprouve un changement remarquable.

Cette dernière partie est ordinairement épaisse comme la main, et prend la forme d'une masse circonscrite sur la grande courbure de l'estomac. La cause principale du changement de ces parties est l'extravasation de la lymphe coagulable du sang dans le tissu cellulaire qui existe entre les feuillets du péritoine dont elles sont formées.

En plusieurs endroits, une matière pulpeuse, jaunâtre, colle ensemble différentes portions des viscères. Cette matière est disposée en couches, quelquefois minces, quelquefois d'une épaisseur considérable, et paroît être composée de la lymphe coagulable du sang. Il y a aussi une quantité considérable d'un fluide brunâtre dans la cavité de l'abdomen, ressemblant au sérum du sang, et mélangé avec des filamens de la lymphe coagulable du sang, et quelquefois avec du pus

qui lui donne l'apparence trouble. La quantité de la partie coagulable du sang et du fluide séreux n'est pas toujours en proportion avec le degré de l'inflammation. En quelques cas, au lieu de sérum, on trouve une quantité considérable de pus. De l'air aussi se trouve fréquemment dans l'estomac et dans le canal intestinal qui s'y étoit formé par le progrès de la maladie. D'autres fois cet air n'existe pas : sa présence se trouve accompagnée le plus souvent d'une inflammation légère, et qui passe en bandes le long de la surface des intestins.

SECTION III.

ADHÉRENCES DANS LA CAVITÉ DE L'ABDOMEN.

Quand le malade a survécu à une inflammation générale ou partielle du péritoine, et qui a été assez considérable pour faire extravaser *de la partie coagulable* du sang, cette partie est changée en une membrane fine, transparente, qui constitue les adhérences qui ont lieu. Le temps nécessaire

cessaire pour le changement de la partie coagulable du sang en membrane n'est pas long. J'ai eu plusieurs occasions de suivre le progrès graduel de ce changement, dans des cas où l'inflammation paroissoit être encore récente. Cette membrane consiste dans un tissu cellulaire analogue à la membrane cellulaire générale de tout le corps, modérément vasculaire. Dans l'état naturel, ses vaisseaux qui charrient du sang rouge sont peu nombreux ; mais l'inflammation et l'injection fine en démontrent la vascularité. Cette membrane est susceptible de s'allonger considérablement par le mouvement des intestins l'un sur l'autre, de manière qu'il en résulte très-peu d'inconvénient. J'ai souvent vu tous les viscères liés ensemble par ces adhérences; d'autres fois quelques viscères seulement sont ainsi affectés.

SECTION IV.

DES MASSES SCROPHULEUSES ADHÉRENTES AU PÉRITOINE.

J'ai souvent eu occasion de voir une ma-

tière blanche, mollasse, granulée derrière le péritoine, et lui adhérant dans tous ses points. En quelques endroits cette matière s'étoit formée en masses considérables; en d'autres elle étoit en masses plus petites et isolées. Dans un cas que je me rappelle, elle s'étoit formée en une masse épaisse comme la main entre les muscles abdominaux et le péritoine, tandis qu'elle étoit éparse en portions isolées sur le mésentère et la portion du péritoine qui couvre le canal intestinal. J'ai quelquefois vu l'épiploon changé en un gâteau de cette nature. La matière avoit l'apparence scrophuleuse; car elle avoit la même texture qu'une glande absorbante, scrophuleuse avant sa suppuration. Je ne suis pas bien décidé sur la classification de cet état pathologique; ses rapports avec ceux du péritoine ne sont pas bien intimés; car il n'a jamais lieu, au moins dans les cas que j'ai vus, dans le péritoine même; mais bien derrière, et en adhérence avec cette membrane. Il me paroît pourtant qu'il est placé ici plus convenablement qu'il ne pourroit l'être par-tout ailleurs.

SECTION V.

TUMEURS CANCÉREUSES ADHÉRENTES AU PÉRITOINE.

J'ai vu aussi de petites tumeurs cancéreuses produites sur le péritoine : elles étoient extrêmement dures, d'une couleur blanche, et analogues, par leur texture, aux masses cancéreuses qu'on trouve dans l'estomac. Ce qui lève tout doute sur ces états, c'est que j'ai vu une tumeur cancéreuse de l'estomac dans le même corps. Les tumeurs cancéreuses du péritoine n'étoient aucunement liées avec celle de l'estomac, mais existoient dans cette partie de la membrane qui tapisse les muscles droits abdominaux, presque vis-à-vis la région de l'estomac.

SECTION VI.

TUMEURS STÉATOMATEUSES ADHÉRENTES AU PÉRITOINE.

Des tumeurs stéatomateuses ont été aussi

observées adhérentes au péritoine ; mais ce cas est rare (1).

SECTION VII.

HYDATIDES DANS L'ABDOMEN.

Des hydatides ont été observées qui occupoient une portion ou même la totalité de la cavité de l'abdomen. Dans pareils cas, elles sont pour la plupart liées aux viscères de l'abdomen qui ont été probablement la base de leur première formation ; de ces viscères les principaux sont le foie et la rate. Cet état pathologique est rare.

SECTION VIII.

DE L'AIR DANS LA CAVITÉ DE L'ABDOMEN.

On a dit qu'il s'est trouvé quelquefois de l'air dans la cavité de l'abdomen, quoiqu'il n'y en eût point dans les intestins (2).

---

(1) Traduction allem., par Sœmmering, p. 70.
(2) Lieutaud, vol. 5, p. 432.

Je crois ce cas très-rare. De l'air se trouve fréquemment, et en quantité considérable, dans le canal intestinal, tandis qu'il n'y en a point dans la cavité de l'abdomen. Lorsqu'une grande quantité d'air est accumulée dans le canal intestinal, toutes ses parties se distendent considérablement, et ses tuniques s'amincissent en proportion. La main appliquée à la surface de l'abdomen éprouve le même sentiment de tension résultant de la pression des intestins contre les parois de l'abdomen, que si la cavité de l'abdomen même étoit remplie d'air. La distension et la réaction sont, dans les deux cas, les mêmes. De là probablement est venue souvent l'opinion que l'air est contenu dans la cavité même du ventre; cela pourtant est rare. Une portion d'intestins distendus outre mesure, peut crever, et donner ainsi passage à l'air dans la cavité de l'abdomen, où les petites artères de l'abdomen peuvent sécréter de l'air de la même manière que cela paroît avoir lieu par la membrane interne de l'estomac et des intestins.

SYMPTÔMES.

Les symptômes de l'ascite sont si connus, qu'il est presqu'inutile d'en faire ici mention. Un sentiment de fluctuation se fait appercevoir par l'application d'une main d'un côté du ventre, et par la percussion de l'autre; la quantité de l'urine est diminuée, et sa couleur foncée; il y a soif, souvent un sentiment de chaleur, et un pouls plus fréquent que dans l'état de santé; la respiration aussi est difficile quand l'eau est accumulée en grande quantité.

Les symptômes de l'inflammation du péritoine sont la douleur et l'enflure de l'abdomen, et une sensibilité très-vive au toucher de cette partie; le ventre est souvent constipé; le pouls est fréquent et dur, avec d'autres symptômes de cette affection générale du système, appelée fièvre. Dans des cas d'une inflammation légère, la douleur m'a paru très-peu considérable, et le rhythme

du pouls étoit si peu changé, qu'on n'avoit même pas soupçonné l'inflammation du péritoine : pourtant l'examen cadavérique ne fit voir d'autre cause de mort, ni d'autre trace de maladie, qu'une inflammation de cette membrane.

Il n'y a point de symptômes qui indiquent l'existence d'adhérences dans l'abdomen, et elles paroissent ne point affecter les fonctions qui s'opèrent dans cette cavité.

Les symptômes de tumeurs scrophuleuses et squirrheuses du péritoine me sont inconnus.

Lorsque des hydatides se sont amassées en grande quantité dans la cavité de l'abdomen, cette maladie sera difficile à distinguer de l'hydropisie ascite. On peut pourtant les distinguer de cette manière-ci : dans le cas d'hydatides, le sentiment de fluctuation par la

percussion du ventre sera ou nul ou très-peu sensible ; au lieu que dans l'hydropisie ascite la fluctuation est toujours distincte, si quelque autre affection particulière ne l'empêche pas. Dans le cas d'hydatides on trouvera, par l'histoire de la maladie, que la tumeur a commencé dans un endroit particulier ; au lieu que dans l'hydropisie ascite, la tuméfaction du ventre est uniforme et graduelle.

Il seroit plus difficile de distinguer une accumulation d'hydatides d'une hydropisie de l'ovaire que de l'hydropisie ascite, et il paroît que les deux cas ne peuvent être distingués que par leur histoire. Dans l'hydropisie de l'ovaire, la tumeur se montre d'abord du côté de la région hypogastrique, et s'accroît graduellement de manière à occuper enfin la presque totalité du ventre. Puisque les hydatides viennent ordinairement du foie, la tumeur commencera à la partie supérieure de l'abdomen, et s'étendra en bas.

Des hydatides peuvent être formées dans

toutes les parties de l'abdomen, et dans le cas que leur commencement ait lieu du côté et à la partie inférieure du ventre, il ne paroît pas possible de distinguer les deux maladies l'une de l'autre.

CHAPITRE VII.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DE L'ESTOMAC.

SECTION PREMIÈRE.

INFLAMMATION.

Il arrive quelquefois, mais rarement, (à moins qu'on n'avale des poisons) que l'inflammation s'empare de l'estomac, et s'étend sur une portion considérable de sa membrane interne, ou l'occupe peut-être tout entière. Le plus ordinairement l'inflammation n'affecte qu'une portion de l'estomac; et dans ces cas elle n'est pas violente. La portion de l'estomac affectée montre sur sa face extérieure un plus grand nombre de vaisseaux que dans l'état naturel, sans être cependant excessivement vasculaire. L'estomac est épaissi dans la partie enflammée; la membrane interne de cette

même partie est rouge par le grand nombre de vaisseaux sanguins qui s'y sont développés, et fréquemment il y a des taches de sang extravasé. Il n'arrive pas souvent que l'inflammation de l'estomac se termine en suppuration ou en gangrène.

Quand de l'arsenic a été avalé, (et c'est le poison qu'on prend le plus ordinairement) l'estomac est affecté de l'inflammation la plus intense : son épaisseur est augmentée, et sa membrane, exposée à la vue par l'ouverture, paroît très-rouge, à cause du nombre augmenté des vaisseaux qui charrient du sang rouge, et en partie par du sang extravasé. Des portions de la membrane interne sont quelquefois détruites par l'action violente de l'application immédiate du poison. J'ai vu aussi une couche mince de la lymphe coagulable du sang formée sur la membrane interne de l'estomac.

Le plus ordinairement aussi on trouve une portion de l'arsenic en poudre blanche, sur différentes portions de la membrane interne.

J'ai appris qu'en deux cas d'empoisonne-

ment par l'arsenic, qui causèrent la mort des personnes par la violence de l'inflammation il se trouva, par l'examen cadavérique, des ulcères à l'extrémité inférieure du rectum. Ces personnes ne s'étoient jamais plaint d'aucun mal dans cette partie, et avoient apparemment joui d'une bonne santé avant l'empoisonnement. Cette circonstance est bien extraordinaire; mais une autorité respectable la constate : et déterminer à quel point l'arsenic affecte ordinairement le rectum, est bien digne d'un examen ultérieur. Il est très-probable que quelque sympathie particulière s'établit entre l'extrémité inférieure du rectum et l'estomac, à l'occasion d'une inflammation violente, produite par l'arsenic, et que l'effet de cette sympathie est la formation d'un ulcère dans cette partie des gros intestins.

SECTION II.

L'ouverture des estomacs de personnes mortes d'hydrophobie démontre fréquemment l'inflammation de la membrane in-

terne, près son orifice cardiaque. La membrane interne du pharynx et de l'œsophage est aussi enflammée. La membrane n'est pas épaissie par cette inflammation qui s'étend comme une affection érysipélateuse, en traçant en quelques endroits une ligne de démarcation bien distincte.

SECTION III.

ULCÈRES DE L'ESTOMAC.

On voit fréquemment des ulcères de l'estomac. Quelquefois ces ulcères ne diffèrent pas de ceux d'autres parties du corps; mais fréquemment ils ont un aspect tout particulier: en plusieurs cas ils ne sont pas entourés d'une inflammation bien sensible: leurs bords ne sont pas irréguliers, comme par érosion, ainsi que le sont généralement les bords des ulcères, et les parties environnantes ne sont pas le siége d'une altération maladive particulière. Ils présentent l'aspect d'une plaie faite par l'instrument tranchant, et dont les bords se seroient cicatrisés de

manière à présenter une surface uniforme et lisse tout autour de l'excavation qui auroit été faite.

Ces ulcères ne détruisent quelquefois qu'une portion de la membrane interne ; mais d'autres fois ils détruisent une portion de toutes les tuniques de l'estomac, en le perforant tout-à-fait. En quelques cas d'une perforation totale de l'estomac, les bords du trou sont lisses et amincis par le progrès de l'ulcération ; d'autres fois il y a un épaississement autour du trou ; en d'autres cas encore l'on n'y voit aucun changement.

SECTION IV.

CANCER ET SQUIRRHE DE L'ESTOMAC.

Cette affection n'est pas rare au déclin de l'âge, et se rencontre plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes. Cela vient probablement de la plus grande intempérance des premiers : il ne peut pour-

tant pas être produit entièrement par l'intempérance; il faut qu'il ait existé dans les parties une prédisposition à cette maladie; car quelle que soit l'intempérance, la maladie ne survient pas si la prédisposition n'existe. Mais quand cette prédisposition a lieu, il est raisonnable de croire que la maladie est excitée par l'intempérance.

Le squirrhe s'étend quelquefois sur tout l'estomac; mais le plus ordinairement il n'en attaque qu'une partie. En quelques cas les limites entre la partie affectée et les autres parties ne sont pas bien marquées; mais le plus souvent le contraire a lieu. Quand le squirrhe n'attaque qu'une portion de l'estomac, l'orifice pylorique est généralement la partie affectée; et la cause en est probablement que cette partie contient plus de glandes que toute autre partie de l'estomac, et les parties glanduleuses, en général, sont plus sujettes au squirrhe que celles d'une texture différente.

Quand l'estomac tout entier, ou en partie seulement, est attaqué de squirrhe, il est

plus épais et plus dur que dans l'état naturel. On peut encore distinguer la texture primitive interne de l'estomac, mais dans un état manifeste d'altération. La tunique péritoniale est souvent plus épaisse que dans l'état naturel, et d'une dureté à peu près cartilagineuse. La tunique musculaire est aussi très-épaissie, et divisée par des cloisons membraneuses, nombreuses, et assez fortes. Ces cloisons ne sont probablement autre chose que la membrane cellulaire qui sépare l'un de l'autre les faisceaux musculaires, et qui s'est épaissie par la maladie. La membrane interne est aussi devenue extrêmement épaisse, et souvent légèrement tuberculée dans la direction de la cavité de l'estomac.

Il arrive souvent que cette masse épaissie est ulcérée sur sa surface; c'est ce qui constitue le cancer de l'estomac. Quelquefois la membrane interne produit une excroissance qui en produit encore un grand nombre de plus petites, et détermine l'apparence fongueuse.

Il

Il arrive aussi que quelque partie de l'estomac perd toute trace de sa texture naturelle; qu'elle se change en une masse dure, brunâtre, ou blanchâtre, avec quelque apparence d'intersection membraneuse, ou qu'elle est convertie en une substance fibreuse, ressemblant à un cartilage un peu ramolli. Les glandes absorbantes des parties environnantes sont en même temps augmentées de volume, dures et blanchâtres.

SECTION VI.

TUMEURS SQUIRRHEUSES CIRCONSCRITES DE L'ESTOMAC.

J'ai vu plusieurs exemples d'une tumeur squirrheuse, du volume à-peu-près d'une noix, formée dans l'estomac, tandis que toutes les autres parties en étoient parfaitement exemptes. Cette tumeur a ordinairement une légère dépression vers le milieu de sa surface. Tant que cette tumeur reste libre d'irritation, les fonctions de l'estomac en sont probablement très-peu affectées;

mais lorsqu'elle vient à s'irriter, elle cause nécessairement beaucoup de désordre dans l'estomac, et peut devenir le germe d'une maladie funeste.

CHAPITRE VIII.

SECTION PREMIERE.

POCHE FORMÉE DANS L'ESTOMAC.

Une partie de l'estomac est quelquefois, mais rarement, formée en poche par des moyens mécaniques. J'ai vu un exemple d'une poche ainsi formée par cinq sous qui s'y étoient logés. Les tuniques de cette partie de l'estomac étoient amincies, mais sans inflammation ni ulcération. Les sous y avoient séjourné assez long-temps; mais l'irritation qui en résultoit n'étoit pas suffisante pour produire ni ulcération, ni inflammation.

SECTION II.

CONSTRICTION DU PYLORE.

Les orifices cardiaques et pyloriques de l'estomac peuvent être formés en partie ou entiè-

rement par une contraction permanente de leurs fibres musculaires ; mais cela doit avoir lieu bien plus souvent à l'orifice pylorique, parce que les fibres musculaires y sont plus circulaires, et douées de la faculté contractile à un plus haut degré. De plus, l'obstruction est produite par une moindre contraction au pylore qu'à l'orifice supérieur. J'ai vu un seul exemple de la contraction au pylore, qui est elle-même une maladie fort rare.

La contraction étoit portée au point qu'une plume d'oie ordinaire ne pouvoit guère passer dans le duodénum ; aussi avoit-elle empêché le passage de quelques noyaux de cerises qui étoient restés dans l'estomac.

SECTION III.

L'ESTOMAC TRÈS-CONTRACTÉ.

Quelquefois l'estomac se trouve contracté dans toute son étendue, au point de n'être pas plus gros qu'une portion d'intestin grêle,

et quelquefois il est augmenté beaucoup au delà de son volume ordinaire. Ni l'un ni l'autre de ces deux états ne doivent être regardés comme pathologiques, ces changemens venant seulement de l'état de contraction ou de relaxation des fibres musculaires à l'instant de la mort. Je crois que la dilatation excessive de l'estomac est plus ordinaire que sa constriction.

SECTION IV.

L'ESTOMAC DISTENDU PAR DE L'AIR.

L'estomac se trouve ordinairement flasque et presque vide dans le cadavre; mais il n'est pas rare qu'il se trouve distendu par de l'air. Cette accumulation d'air peut s'y être formée après l'évènement de la mort; mais le plus souvent sa formation a eu lieu pendant la vie. Quand il en est ainsi, on peut l'attribuer à un changement chimique des matières contenues dans l'estomac; mais je crois qu'il arrive plus souvent que l'air est sécrété par les vaisseaux sanguins de l'estomac, et versé dans sa cavité par ses

petits vaisseaux exhalans. Cette matière est traitée plus particulièrement par le docteur Hunter, dans son *Essai sur la digestion* (1), et par moi-même, dans un écrit que j'ai publié dans les Transactions médicales et chirurgicales (2).

SECTION V.

PORTION DE L'ESTOMAC DISSOUTE PAR LE SUC GASTRIQUE.

En examinant l'estomac, on trouve fréquemment les tuniques de sa grande extrémité plus minces, plus transparentes, et plus pulpeuses que dans l'état naturel; mais il est rare que ces apparences se trouvent bien caractérisées : elles résultent du séjour du suc gastrique plus dans cette partie de l'estomac qu'ailleurs, et de sa qualité dissolvante. Il ne faut donc pas le regarder comme un cas maladif, mais comme l'effet naturel de l'action du suc gastrique et de l'état de

(1) Observations de Hunter sur certaines parties de l'œconomie animale, p. 164.

(2) Cas d'emphysème, p. 202.

l'estomac après la mort. Quand le suc gastrique a été en quantité considérable, et d'une nature active, l'estomac a été tout-à-fait perforé à sa grande extrémité, et les matières précédemment contenues répandues dans la cavité de l'abdomen. Dans pareils cas les viscères environnans sont aussi dissous en partie. Les exemples pourtant d'une dissolution aussi active sont rares, et ne sont presque arrivés qu'aux personnes mortes subitement, et jouissant jusqu'à ce moment d'une bonne santé. Si les facultés de l'estomac n'étoient pas lésées par les maladies, cette apparence auroit lieu plus souvent après la mort; mais ces facultés sont affectées le plus souvent de maladies, et totalement détruites par quelques unes. Cette apparence n'a donc lieu, pour ces raisons, que rarement. La véritable explication de ce phénomène fut donnée d'abord par M. Hunter, et publiée dans les Transactions philosophiques, à la demande du chevalier Jean Pringle (1).

(1) Transact. philos., vol. 62, p. 447.

SECTION VI.

TUMEURS ADIPEUSES DANS L'ESTOMAC.

Des tumeurs d'une matière adipeuse ont été trouvées quelquefois dans l'estomac ; mais il faut les regarder comme un phénomène maladif très-rare. Ruysch raconte qu'il a vu une tumeur trouvée dans l'estomac d'un homme, et que cette tumeur contenoit des poils, et quelques dents molaires, il la conserva dans sa collection (1).

SECTION VII.

CALCULS DANS L'ESTOMAC.

Des calculs d'apparence différente, trouvés dans l'estomac, ont été décrits : ils ne se sont jamais présentés à mon observation, et doivent être regardés comme une chose très-rare (2).

---

(1) Ruysch. Adversar. anatomicor., vol. 2, décad. 3.

(2) Lieutaud, vol. 1, pag. 17.

L'examen a prouvé que, le plus souvent, ces calculs étoient de nature biliaire, et qu'ils étoient venus du duodénum dans l'estomac par un mouvement antipéristaltique de l'intestin grêle.

SECTION VIII.

PAPILLES MORBIFIQUES OBSERVÉES DANS L'ESTOMAC.

Des papilles et pustules, ressemblant en quelque sorte à la petite vérole, ont été décrites comme trouvées dans l'estomac; mais elles sont extrêmement rares (1).

SECTION IX.

PUSTULES DE LA PETITE VÉROLE, DITES ÊTRE OBSERVÉES DANS L'ESTOMAC.

On a été même jusqu'à dire que des véritables pustules de la petite vérole ont été formées dans l'estomac de personnes mortes de cette maladie (2). Des dissections subsé-

(1) Lieutaud, vol. 1, p. 23.
(2) Lieutaud, vol. 1, p. 375.

quentes n'en ont pourtant fourni aucun exemple, et je suis porté à croire qu'on s'est mépris dans les cas où l'on a cru les avoir vues.

SYMPTÔMES.

Dans l'inflammation de l'estomac on observe les symptômes suivans : savoir, douleur dans la région épigastrique, qui augmente quand on avale quelque chose, vomissement, souvent hoquet, un pouls petit, fréquent, dur, chaleur, soif, et un sentiment de débilité excessive.

Les symptômes produits par l'arsenic sont les mêmes, et ne diffèrent pas de ceux d'une inflammation violente de l'estomac; car l'arsenic n'agit pas sur cet organe autrement qu'en y excitant une inflammation violente.

L'hydrophobie est suffisamment caractérisée par l'horreur que cause au malade la vue d'un fluide quelconque qu'on lui présente ; par la grande difficulté de la déglu-

tition, et par le dérangement des fonctions intellectuelles, qui accompagne cette maladie affreuse.

Je suis fondé à croire que les ulcères de l'estomac sont souvent lents dans leurs progrès : ils sont accompagnés de douleur, d'un sentiment de malaise dans l'estomac, et souvent tout ce qu'on avale est rejeté par le vomissement. Cet état continue pendant un temps considérable, et la médecine n'y peut porter que très-peu de soulagement; ce qui peut servir de moyen pour distinguer cette maladie d'une affection passagère de l'estomac.

Le cancer de l'estomac est accompagné d'une douleur dans cet organe, qui varie beaucoup d'intensité suivant les individus. Ce qu'on avale est souvent rejeté par le vomissement, en même temps qu'un fluide noirâtre, que quelques uns ont comparé au marc de café. Le malade s'émacie, et le visage devient pâle; le pouls est fréquent, et les symptômes de la fièvre hectique s'établissent.

J'ignore les symptômes d'un épaississement partiel de l'estomac sans ulcération.

De l'air dans l'estomac cause un sentiment de malaise résultant de la distension, qui est extérieurement sensible au toucher, dans la région épigastrique.

CHAPITRE IX.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DES INTESTINS.

SECTION PREMIÈRE.

INFLAMMATION.

Le canal intestinal est sujet à s'enflammer par diverses causes, en sorte que nous avons de fréquentes occasions d'en voir les effets après la mort. Quand une portion d'intestin est enflammée, il y a sur sa surface extérieure un grand nombre de petits vaisseaux, dont plusieurs charrient un sang vermeil. En incisant l'intestin de manière à mettre sa membrane interne à découvert, cette membrane paroît très-vasculaire, parce que les petits vaisseaux de ses villosités sont chargés de sang, et qu'il y a plusieurs taches de sang extravasé. Souvent dans l'inflammation des intestins, le péritoine est très-peu ou n'est

point du tout affecté. Cependant lorsque l'inflammation est intense, le péritoine s'enflamme aussi, et se recouvre d'une couche de la partie coagulable du sang. J'ai vu aussi dans une inflammation violente, des plaques éparses de cette fausse membrane sur la surface villeuse de la membrane interne. L'intestin est en même temps plus épais et plus massif que dans l'état de santé, et sa couleur est quelquefois noirâtre, à cause de la grande quantité de sang noir extravasé. Cet état de l'intestin a été souvent pris pour la mortification.

Il arrive souvent que l'inflammation des intestins s'avance à la suppuration et à l'ulcération; cela a lieu quand l'inflammation n'affecte que la membrane interne des intestins. L'ulcère se forme sur la surface interne, et je ne me rappelle pas d'avoir vu un seul exemple d'ulcération commencée à la surface externe, qui se soit propagée intérieurement. L'ulcération est moins fréquente dans les intestins grêles que dans les gros intestins. Dans l'un et dans l'autre intestin, les apparences de l'inflammation

sont très-variées : les bords de l'ulcère sont quelquefois d'une épaisseur considérable ; d'autres fois ils ne sont pas plus épais que dans l'état naturel de l'intestin. Quelquefois les bords et toute la surface de l'ulcère sont raboteux, inégaux ; d'autres fois ils sont lisses comme si une portion avoit été enlevée par l'instrument tranchant. En quelques cas, tout le long d'une portion considérable d'intestin, sur-tout du gros intestin, la membrane interne pend en lambeaux, qui ressemblent à des déchirures opérées par la violence de l'inflammation.

J'ai vu aussi une portion considérable de l'intestin totalement dénudée de sa membrane interne par l'intensité de la maladie ; dans ce cas, la tunique musculaire étoit mise à découvert aussi bien qu'une dissection soignée l'auroit pu faire. Je crois que l'inflammation de l'intestin arrive plus souvent là où plusieurs glandes folliculaires se trouvent ensemble. Si cette inflammation est très-active, elle le perfore en corrodant toutes ses tuniques. Quand cela a lieu, une portion des matières contenues

dans l'intestin s'épanche dans la cavité de l'abdomen, et y produit l'inflammation. Cet épanchement n'a pourtant pas lieu dans tous les cas ; pour la plupart la portion d'intestin ainsi perforée adhère par l'effet même de l'inflammation à quelque viscère voisin, et une communication s'établit ainsi entre l'un et l'autre. J'ai vu de pareilles communications établies entre le rectum et le vagin d'une femme, et entre le rectum et la vessie d'un homme. J'ai même vu une communication établie par cette même cause entre le rein et une portion d'intestin, de manière que le pus formé dans le rein s'évacuoit par l'intestin. Ces communications sont des moyens de prolonger la vie (toujours, à la vérité, peu heureuse dans ces cas) beaucoup au delà du terme que l'épanchement du pus dans la cavité du ventre y auroit mis nécessairement, en produisant une inflammation péritoniale. La membrane interne des intestins est plus sujette à s'ulcérer que la membrane interne de tout autre canal qui a une ouverture extérieure. Des ulcères sont fort rares dans la membrane

membrane interne de la trachée et de l'urètre, mais très-commune dans celle des intestins grêles et des gros intestins. Cette différence est difficile à expliquer; mais elle tient sans doute à la texture et aux fonctions différentes des parties. Il y a beaucoup de ressemblance entre la texture de la membrane interne de la trachée et celle de l'urètre. La sécrétion de l'une ressemble aussi beaucoup à celle de l'autre. La membrane interne des intestins a une texture et une sécrétion qui lui sont propres. Il est probable que de ces circonstances dépend sa plus grande disposition à l'ulcération; mais il seroit bien difficile d'expliquer comment cela a lieu.

L'inflammation des intestins se termine quelquefois, mais rarement, par la gangrène : alors la partie gangrenée est d'une couleur livide, noirâtre, et perd toute sa consistance. On déchire facilement l'intestin qui est dans cet état, et les doigts passent à travers, comme à travers d'une poire pourrie. Le manque de ténacité, accompagné du changement de couleur que nous avons remarqué, est la seule preuve de gangrène

que l'examen après la mort puisse fournir. Une portion d'intestin peut avoir une couleur noirâtre, et n'être pourtant pas gangrenée; cette couleur pouvant résulter d'une extravasation de sang qui auroit lieu par la violence de l'inflammation, mais sans que le principe vital en eût souffert. Ainsi nous voyons du sang épanché dans la membrane cellulaire sous la peau, d'où résulte une apparence noirâtre, quoique les parties jouissent toujours de la vie. Souvent aussi il est arrivé qu'une portion d'intestin, devenue noire, est rentrée dans l'opération de la bubonocèle, et a recouvré ses fonctions naturelles; et cela ne pourroit jamais avoir lieu si cette partie, devenue noire, avoit été gangrenée; car, dans ce cas, elle se seroit séparée de la partie saine, et les fonctions de l'intestin auroient été nécessairement anéanties. Lorsqu'une portion d'intestin a été pour quelque temps gangrenée, une quantité considérable d'air se forme, et s'accumule dans sa cavité. C'est là la marche naturelle de la putréfaction animale. J'ai vu un cas dans lequel une grande portion du gros intestin, (savoir plus d'une

aume) avoit perdu le principe vital, et avoit été rendue par l'anus. Le sujet survécut trois semaines (1).

SECTION II.

INTUS-SUSCEPTION.

Cette maladie, qui n'est pas rare, est souvent funeste : elle consiste dans l'inversion d'une portion d'intestin et du mésentère dans une autre portion. La portion reçue, qui est quelquefois d'une longueur considérable, est dans un état de contraction. Il arrive ordinairement qu'une portion supérieure est reçue dans une portion inférieure; mais le contraire a lieu quelquefois, quoique rarement. L'intus-susception peut avoir lieu en quelque partie que ce soit du canal intestinal; mais l'intestin grêle en est le plus ordinairement le siége, à l'endroit sur-tout où l'iléon se termine dans le *colon*. La fré-

(1) Ce cas très-singulier sera décrit dans le premier vol. qui sortira des Transact. chir. et méd.

quence de cet accident, dans cette partie, peut avoir pour cause la grande différence de calibre qui existe entre ces deux intestins. L'intus-susception s'est vue assez fréquemment à l'ouverture de cadavres, sur-tout de ceux d'enfans, sans qu'aucun inconvénient en fût résulté. Les parties étoient parfaitement libres d'inflammation, et se seroient probablement dégagées par le mouvement péristaltique naturel. D'autres fois pourtant il survient une inflammation violente; les parties sont épaissies et collées ensemble par des adhérences, et le canal est obstrué de manière à n'être susceptible d'aucun remède. Cet état de la maladie est funeste.

SECTION III.

DES HERNIES.

Une portion des viscères abdominaux sort souvent de cette cavité; cette portion est logée dans un prolongement du péritoine, en forme de poche, et la maladie est connue sous le nom de hernie: elle est occasionnée le plus souvent par quelque secousse

violente et subite du corps, qui cause la rupture des parties les moins fortes des parois du ventre. J'étois autrefois dans l'opinion, et je crois que c'est l'opinion générale, que cette maladie est plus fréquente chez des personnes qui ont de l'embonpoint que chez celles qui sont maigres; mais d'après des renseignemens que j'ai eus de personnes très-expérimentées dans cette maladie, je suis porté à croire cette opinion mal fondée. Les hernies se trouvent aussi fréquentes chez des personnes maigres que chez celles qui ne le sont pas.

Il n'y a presque aucun viscère qui n'ait été trouvé dans le sac herniaire; mais le plus souvent c'est une portion d'épiploon ou d'intestin. Ce sac peut se faire un passage par presque tous les points du ventre; mais l'anneau du muscle oblique externe, le ligament de Poupart et l'ombilic, sont les parties où ce passage a lieu le plus ordinairement. Un autre siége de hernie, constaté par l'observation, est dans le thorax par une ouverture du dia-

phragme. L'explication de ce phénomène seroit que le diaphragme s'étoit crevé, et que la hernie s'étoit faite par cette ouverture. Je suis persuadé pourtant que, dans presque tous les cas, cette opinion est mal fondée. Il arrive quelquefois, quoique rarement, que des enfans naissent avec un trou dans le diaphragme, par vice de conformation de cet organe. Quand ce trou est d'une certaine grosseur, une portion des viscères abdominaux passe dans le thorax, et la gêne qui en résulte pour la fonction de la respiration cause la mort peu d'instans après la naissance.

Quand le trou du diaphragme est petit, il tient lieu de cause occasionnelle de cette hernie que, pour la distinguer, on peut appeler hernie diaphragmatique (1).

---

(1) Le docteur Clarke a vu un cas de cette nature, et le décrira dans le numéro prochain des Transactions chirurgicales et médicales : il a eu la bonté de me communiquer la préparation qui démontre cette hernie.

Il est bien reconnu que le siége le plus ordinaire de la hernie chez l'homme est l'anneau du muscle oblique externe ; fait qui peut être attribué à la plus grande ouverture de cet anneau chez l'homme que chez la femme. Le siége le plus ordinaire de la hernie chez la femme est également reconnu à l'ombilic ou sous le ligament de Poupart. La raison en est, dans le dernier cas, la forme du bassin propre à la femme ; car de cette forme résulte un espace vide, plus grand chez la femme que chez l'homme, aux environs du ligament de Poupart, et par conséquent une moindre résistance dans cette partie. Le premier cas s'explique par le changement qui arrive à l'ombilic pendant la grossesse ; car l'ombilic s'ouvre alors, et par de fréquentes grossesses perd entièrement son ressort.

L'épiploon se trouve plus souvent dans le sac herniaire qu'aucun des viscères : cela vient probablement de ce qu'il y flotte librement, et qu'aucune attache ne l'empêche de glisser dans une cavité quelconque communiquant avec le ventre ; et une fois qu'il

tombe dans une pareille cavité, il ne peut pas en ressortir comme une portion d'intestin par sa propre action ; autre cause de sa fréquence. Quand il a resté long-temps dans le sac herniaire, il se transforme en une masse compacte, quelquefois sans connexion avec le sac, mais d'autres fois adhérente à sa membrane interne. Souvent cet état de l'épiploon n'est pas accompagné d'inflammation ; mais en d'autres cas l'inflammation peut être violente et se terminer même par la gangrène.

Une portion d'intestin est souvent logée dans le sac herniaire seul ou avec une portion d'épiploon. Cette portion d'intestin est quelquefois petite, d'autres fois fort considérable. Très-souvent les fonctions des intestins s'opèrent naturellement dans cet état ; mais en quelques cas il survient une inflammation violente qui en dérange les fonctions, et qui entraîne souvent une terminaison funeste. Cette inflammation vient d'une forte compression qu'éprouve l'intestin dans la partie la plus étroite du sac, c'est-à-dire à l'endroit de son passage hors du ventre.

Cette inflammation offre à l'observation toutes les apparences variées que nous avons déjà si souvent décrites. L'intestin aussi se trouve souvent gangrené, ce que démontre sa couleur noirâtre, son manque de ténacité et le gaz qui s'y est formé. Quand l'inflammation de l'intestin contenu dans le sac a été très-violente, et qu'elle a terminé par résolution, il en résulte des adhérences qui l'attachent à la surface interne du sac. Il est possible aussi que des adhérences se forment par un contact intime et long-temps continué, sans inflammation. Quand le sac d'une hernie n'est pas ancien, il consiste dans une membrane mince, opaque et blanche, et sa formation est due à la protrusion d'une portion du péritoine qui s'est épaissie par la compression (1). Il est pres-

(1) En quelques cas d'hernie ombilicale, le docteur Marshall ne pouvoit pas appercevoir distinctement le sac herniaire, ou péritonial. Il se peut que, dans ces cas, le péritoine se soit crevé par une forte distension, et que ses bords déchirés se soient confondus par le moyen d'adhérences avec les parties environnantes.

que toujours épais quand il est ancien, et consiste évidemment en plusieurs couches. La surface interne du sac est lisse, et la membrane qui constitue cette surface peut être facilement suivie dans sa continuation avec le péritoine qui tapisse les parois de l'abdomen. La surface externe du sac est d'une contexture moins unie et moins fine. Le sac, à l'endroit de son passage hors du ventre, a une ouverture ou un col étroit; plus inférieurement, il est considérablement distendu. En d'autres cas, la communication entre le sac et la cavité de l'abdomen est plus libre, et alors l'intestin est moins exposé aux causes de l'inflammation.

SECTION IV.

DE LA HERNIE CONGÉNITALE.

Dans le cas de bubonocèle, le sac herniaire est ordinairement distinct de la tunique vaginale du testicule. Quelquefois pourtant il ne l'est pas, et les parties qui constituent la hernie sont en contact immédiat avec le corps du testicule; c'est

le cas de la hernie congénitale. On croyoit autrefois que cette disposition des parties provenoit de la rupture d'une portion du sac herniaire et de la tunique vaginale. Un peu de réflexion auroit pu démontrer que cela ne pouvoit pas être ainsi, quand même la véritable cause resteroit inconnue; comme elle restoit en effet jusqu'à ce que l'explication en fut donnée par le docteur Hunter. Haller découvrit que les testicules ne descendent pas dans la cavité du scrotum avant le huitième mois, et qu'ils restent jusqu'à cette époque dans la cavité de l'abdomen sous les reins. Quand ils descendent dans la cavité du scrotum, ils entraînent avec eux nécessairement, par les anneaux des muscles grands obliques externes, la portion du péritoine qui les recouvre : cette portion du péritoine forme un sac dont la partie supérieure communique avec la cavité de l'abdomen.

Haller observa aussi que, chez les enfans, une portion d'intestin tombe souvent dans ce sac après les testicules, ou en même temps qu'eux, et que la hernie congénitale est

ainsi produite. La communication entre ce sac et l'abdomen se ferme bientôt ; car, à la naissance, elle n'existe plus. Il paroît pourtant que si quelque chose l'empêche de se fermer vers cette époque, elle ne se ferme jamais après, et que la communication reste pour toute la vie ; en sorte que, si une portion d'intestin ou d'épiploon tombe dans ce prolongement du péritoine, elle vient nécessairement en contact avec le testicule. Quand le docteur Hunter eut appris les observations de Haller sur la descente des testicules, il apperçut aussitôt la véritable explication des hernies dans lesquelles une portion d'épiploon ou d'intestin étoit en contact avec les testicules. Son explication est celle que nous avons donnée ; elle est généralement reçue par les anatomistes et les chirurgiens.

CHAPITRE X.

SECTION PREMIERE.

DU SQUIRRHE ET DU CANCER DES INTESTINS.

Les gros intestins sont plus souvent attaqués de squirrhe que les intestins grêles, quoique ces derniers le soient aussi assez souvent. J'ai vu le duodénum affecté d'une tumeur squirrheuse et d'un ulcère cancéreux. Le squirrhe du gros intestin est fréquent dans l'âge avancé, mais non pas également dans toutes ses parties; la portion sigmoïde du colon et le rectum étant les siéges les plus ordinaires de cette maladie. La raison en seroit peut-être difficile à déterminer: il est à remarquer cependant que la membrane interne du canal intestinal est plus garnie de glandes à son extrémité inférieure que par-tout ailleurs, et que le tissu glandu-

leux est plus sujet au squirrhe qu'aucun autre du corps humain. Il faut remarquer aussi que le colon est plus étroit à sa courbure sigmoïde que par-tout ailleurs, et plus sujet par conséquent à être lésé dans cette partie par le passage de corps durs : lésion qui pourroit être cause occasionnelle de cette maladie, si la partie y étoit déjà prédisposée; mais ces remarques tiennent à la conjecture plus qu'à l'évidence.

L'affection squirrheuse s'étend quelquefois sur une portion considérable de l'intestin, c'est-à-dire sur une étendue de plusieurs pouces ; mais pour l'ordinaire le mal est plus circonscrit. Les phénomènes ne diffèrent pas de ceux décrits à l'occasion du squirrhe de l'estomac. Les tuniques péritoniale, musculeuse, et interne, sont plus épaisses et plus dures que dans l'état naturel ; la tunique musculeuse est partagée par des cloisons membraneuses, et la membrane interne se forme en replis durs et irréguliers. Il arrive souvent que la surface interne de cette membrane s'ulcère, et que cette affection dégénère en cancer. En quelques cas, il ne reste

aucun vestige de la texture primitive, l'intestin étant entièrement changé en une matière fibreuse. Toutes les fois que l'intestin est affecté de squirrhe, le calibre de la partie affectée est rétréci, et cela, en quelques cas, au point d'être presque totalement effacé. Le rétrécissement paroît, quelquefois plus grand que ne le nécessite l'épaississement des tuniques intestinales; il dépend donc probablement en partie, dans ces cas, de l'action des fibres de la tunique musculeuse, qui, quoique affectées de la maladie, ne perdent pas tout-à-fait leur faculté contractile. Lorsque le rétrécissement est porté à un certain degré, le canal intestinal s'élargit immédiatement au dessus par l'accumulation de matières qui s'y fait. En même temps qu'une portion d'intestins est ainsi affectée, des adhérences s'établissent entre elle et les viscères voisins, et l'ulcération s'étend quelquefois à ces viscères.

SECTION II.

ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES DES INTESTINS PAR LA DYSSENTERIE.

J'ai observé, à la suite de cette maladie, la membrane interne fort épaissie, et formée en tubercules ronds et irréguliers, dont quelques uns avoient une couleur blanche, les autres une couleur jaunâtre. Les tuniques péritoniale et musculeuse étoient aussi plus épaisses et plus dures que dans l'état naturel. La tunique interne étoit enlevée en quelques endroits, et les tubercules avoient, en quelques cas, des fissures à leurs surfaces, en sorte qu'ils ressembloient à des verrues ordinaires. Ce phénomène n'est pas fréquent, mais s'observe cependant généralement dans les dyssenteries violentes, telles que celles décrites par Pringle (1). On n'observe pas l'état pathologique que nous venons

(1) Voyez les Maladies des armées, par Pringle, pag. 246.

de

de décrire dans les cas ordinaires de dyssenterie qui ont lieu dans ce pays-ci, pendant l'automne; au moins je ne l'ai jamais observé. Lorsqu'un cas de cette nature devient mortel, on voit à l'ouverture du corps plusieurs ulcères dans la membrane interne des gros et quelquefois des petits intestins.

SECTION III.

REPLIS ÉPAISSIS DE LA MEMBRANE INTERNE DES GROS INTESTINS.

J'ai souvent observé la membrane interne des gros intestins formée en replis épais et larges, dans lesquels une quantité considérable de sang s'étoit accumulée. Ces replis ne dépendoient en aucune manière de l'influence de la tunique musculeuse, et différoient beaucoup de la constriction en forme de bourse qu'on voit souvent dans cette même membrane. L'examen anatomique n'a découvert dans ces replis qu'une accumulation de membrane cellulaire derrière la membrane interne. Je n'ai pas eu l'occasion d'observer sur le corps vivant les effets de cette altération morbifique.

De petites excroissances poussent quelquefois de la surface interne du gros intestin à deux pouces environ au dessus de l'anus, et s'arrangent ordinairement en forme de cercle à de petites distances l'une de l'autre.

SECTION IV.

HÉMORRHOÏDES.

Les hémorrhoïdes et la fistule à l'anus sont des maladies extrêmement communes, quoiqu'elles ne deviennent presque jamais l'objet d'examen cadavérique ; on en trouve donc les descriptions dans les Traités d'anatomie pathologique, moins souvent que celles d'autres maladies qui sont beaucoup moins fréquentes. Les hémorrhoïdes sont des tumeurs molles situées autour de la marge de l'anus, d'une forme bulbeuse régulière ou irrégulière : elles sont recouvertes de la peau très-délicate qui se prolonge de la membrane interne du rectum sur les bords externes de l'anus. Ces tumeurs, ordinairement entières, sont quelquefois percées, et versent alors une quantité considérable de

sang. Leur existence est due à du sang qui reste en stagnation dans les veines qui entourent l'anus, qui proviennent de l'iliaque interne, mais qui communiquent aussi avec les branches inférieures de la petite mésaraïque.

Des tumeurs de la même espèce se trouvent fréquemment au dedans de la cavité du rectum, et constituent alors ce qu'on nomme les hémorrhoïdes internes; dans ce cas, les tumeurs sont dues à la distension des rameaux de la petite mésaraïque. Les tumeurs hémorrhoïdales sont beaucoup plus fréquentes chez les personnes âgées que chez les jeunes gens; ce qui s'accorde bien avec leur étiologie, puisqu'on les attribue à quelque empêchement au retour du sang du rectum vers les parties supérieures; et cet empêchement, quelle qu'en soit la cause, doit agir plus efficacement, comme plus long-temps, chez les vieillards que chez les jeunes gens: elles sont aussi plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes; effet qu'on peut rapporter à plusieurs causes. D'abord, il doit résulter de l'état de grossesse un empêche-

ment considérable au retour du sang; et en effet les femmes qui ont souvent éprouvé cet état échappent rarement à cette maladie. Les femmes aussi, plus que les hommes, permettent aux matières de s'accumuler dans le rectum.

SECTION V.

DE LA FISTULE A L'ANUS.

Les fistules à l'anus sont des canaux étroits à l'extrémité inférieure du rectum, dont les caractères sont des bords calleux, une surface interne, lisse, et douée de la faculté de sécréter du pus (1). Dans une maladie de cette nature, il peut arriver qu'un seul canal s'ouvre extérieurement sur le bord de l'anus par un très-petit trou; ou bien ce canal peut se ramifier en des directions différentes; le cas est alors plus grave, et demande une opération

(1) M. Hunter a observé dans ses Leçons chirurgicales que les fistules ont une surface interne, lisse, ressemblant à une surface sécrétoire, telle, par exemple, que l'urètre.

longue, difficile, et douloureuse. Outre l'ouverture externe, le canal en a souvent une du côté de l'intestin. En quelques cas l'ouverture interne existe sans qu'il y en ait extérieurement; mais l'ouverture externe seule, ou les deux ouvertures à-la-fois, sont beaucoup plus fréquentes.

SECTION VI.

L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RECTUM EN CUL-DE-SAC.

Par un vice de conformation assez fréquent, le rectum ne se prolonge pas jusqu'à l'anus, mais se termine en cul-de-sac au dessus de cette ouverture. L'intestin rectum se termine ainsi, en quelques cas, tout près de la surface externe; mais le plus souvent cette terminaison en est éloignée par un certain intervalle. Il existe ordinairement, dans ces cas, un anus apparent; mais l'ouverture en est alors plus rétrécie que dans l'état naturel.

Il est rare que l'opération chirurgicale par-

vienne à guérir radicalement ce vice de conformation. L'ouverture qu'on pratique à l'extrémité de l'intestin a toujours une disposition presque invincible à se refermer; et quelque espoir qu'on en ait conçu, il se trouve presque toujours frustré. L'opération a été faite cependant, en quelques cas, avec un heureux succès.

SECTION VII.

LE RECTUM TERMINANT DANS LA VESSIE.

J'ai vu aussi un vice de conformation par lequel le rectum se terminoit dans la vessie, en sorte qu'il n'avoit d'ouverture que par l'urètre : un enfant qui venoit de naître fut le sujet de cette observation. La vie ne pouvoit pas subsister dans ce cas, qui n'étoit non plus susceptible d'aucune opération : on a vu aussi le rectum se terminer dans le vagin; mais ce vice de conformation est rare.

SECTION VIII.

VERS.

Des vers s'organisent dans le corps hu-

main, comme en celui des autres animaux, mais plus rarement dans le premier. Dans la plupart des quadrupèdes et des poissons, il existe un grand nombre de vers, comme l'ouverture de leurs intestins le prouve presque toujours.

Tous les vers qu'on trouve dans le corps humain peuvent être réduits à trois classes; savoir, le *lumbricusteres*, le *tænia*, et l'*ascaris*.

Le *lumbricus-teres*, ou vers long et rond, se trouve plus souvent dans les intestins des enfans que dans ceux des adultes, ou des personnes avancées en âge. Dans le premier cas son existence est commune; dans le second, rare. On sait bien que ce ver diffère du ver de terre ordinaire; mais dans ce pays-ci les praticiens ont donné peu d'attention aux différences qui les distinguent; cependant ces deux espèces présentent à l'examinateur attentif des différences assez faciles à saisir. Le *lumbricus* est plus pointu à ses extrémités, et sa bouche consiste dans une cavité formée par trois prolongemens cylindriques; au lieu que la bouche du ver

de terre consiste dans une fissure longitudinale, située sur la surface inférieure d'une tête arrondie. Il existe encore à la surface inférieure de ce ver un large repli semi-lunaire de la peau, dans lequel la tête peut se retirer, et d'où elle peut sortir à volonté. Cet organe manque au *lumbricus*. L'anus de ce dernier s'ouvre sur sa surface inférieure, à quelque distance de son extrémité postérieure, par une fissure curviligne. L'anus du ver de terre, au contraire, par un trou oval à la pointe même de l'extrémité. La peau, ou tégument, du *lumbricus* est moins charnue et moins ridée transversalement, que celle du ver de terre. Dans celui-ci on voit souvent une bande large et jaunâtre qui fait le tour du corps; mais qui manque tout-à-fait à celui-là. Il y a sur chaque côté du *lumbricus* une ligne longitudinale bien marquée : il y en a trois sur la moitié supérieure du ver de terre, mais si peu marquées qu'on les voit à peine. Le *lumbricus teres* n'a rien d'analogue aux pieds ; mais le ver de terre a sur sa surface inférieure, sur-tout vers l'extrémité posté-

rieure, quatre rangées de prolongemens bien sensibles à la vue et au tact, et qui évidemment font la fonction de pieds pour la locomotion de l'animal. Ces deux vers diffèrent également par leur organisation interne. Dans le *lumbricus teres* il y a un canal intestinal d'une apparence lisse et uniforme, qui passe d'une extrémité à l'autre. Ce canal est plus étroit vers la tête du ver, et la différence est quelquefois assez marquée pour qu'on puisse le considérer comme un œsophage. Dans le ver de terre l'estomac est large, et formé de deux cavités ; le canal intestinal aussi est plus large et plus tortueux que dans le *lumbricus*. Les organes de la génération sont très-différens dans les deux espèces, ce dernier étant ou mâle ou femelle, et ayant ces organes différens, suivant que l'individu est de l'un ou de l'autre sexe; au lieu que le ver de terre est hermaphrodite, et que les organes de la génération sont les mêmes chez tous les individus. Les apparences aussi de ces organes diffèrent au simple coup-d'œil. Il y a à l'extrémité antérieure du ver de terre une masse ovale qui ressemble beau-

coup à la substance médullaire du cerveau (1); mais qui n'existe pas du tout chez le *lumbricus*.

Le *tœnia* qu'on trouve dans les intestins de l'homme est de deux espèces ; savoir, le *tœnia solium* et le *tœnia lata*.

Le *tœnia solium* existe fréquemment dans les intestins des habitans d'Allemagne ; quelquefois, mais rarement dans ceux des habitans de la Grande-Bretagne. Il consiste en plusieurs portions distinctes qui tiennent ensemble comme par articulations ou jointures ; ces portions sont ordinairement très-blanches, mais leur couleur est quelquefois brunâtre, parce que leurs vaisseaux contiennent alors un fluide de cette couleur. Ce ver est ordinairement très-long, et sort rarement tout entier des intestins ; c'est pourquoi on en a rarement vu les extrémités.

---

(1) Je ne connois pas la nature de cette substance que je compare au cerveau, non pas relativement à aucune opinion sur ses usages, mais pour en donner une idée descriptive.

La tête de ce *tœnia* est d'une forme à peu près carrée, avec un prolongement rétréci en avant; au milieu de ce prolongement il y a une ouverture circulaire distincte sur les bords de laquelle croissent des prolongemens curvilignes et pointus. Près les angles du bord carré de la tête sont situées quatre ouvertures saillantes à distance égale l'une de l'autre. Cette tête est posée sur une portion étroite et articulée du ver, d'une longeur considérable, et qui s'élargit peu à peu en se confondant avec les autres portions.

Le corps du *tœnia* consiste en portions minces, aplaties, assez longues, et dont l'un des bords porte un prolongement sur lequel on distingue facilement une ouverture. Les portions articulées du même ver paroissent plus longues les unes que les autres; ce qui peut tenir à un état de contraction des unes et de relâchement des autres. Les ouvertures dont nous avons parlé alternent ordinairement d'un côté à l'autre des portions successives; mais quelquefois ces ouvertures se suivent immédiatement sur les

bords correspondans. Un examen attentif fait appercevoir en chaque portion des vaisseaux remplis d'un fluide brunâtre, disposés en forme arborescente. Il existe aussi sur les bords de chaque portion un canal serpentin (1). La dernière portion du *tœnia* ne diffère des autres qu'en ce que son extrémité est arrondie et sans ouverture.

Le *tœnia lata* existe très-fréquemment dans les intestins des habitans de la Suisse, mais très-rarement dans ceux des habitans de la Grande-Bretagne.

Les portions articulaires dont ce ver est composé sont larges et courtes; l'ouverture est sur la surface aplatie au lieu d'être sur le bord, comme dans le *tœnia solium*. Je n'ai vu ni la tête ni l'extrémité posté-

(1) Ce canal ainsi que les vaisseaux disposés en forme arborescente ont été très-distinctement injectés en quelques préparations qui m'ont été données par M. Carlisle jeune, chirurgien très-ingénieux.

rieure de ce ver ; mais je présume qu'elles ne diffèrent pas de celles du précédent.

D'autres *tœnia* ont été trouvés dans les intestins de l'homme, mais leur existence est si rare, que je n'en ai jamais vus. Tous paroissent avoir le même fond d'organisation.

L'*ascaris* est un très-petit ver qui se trouve souvent à l'extrémité inférieure du rectum des enfans et même des adultes, plus souvent qu'on ne le pense. La couleur est blanche et sa longueur égale un demi-pouce. L'extrémité sur laquelle est posée la tête est un peu rétrécie, et l'autre se termine en un prolongement très-fin et transparent. Ces vers sont entourés d'une quantité plus ou moins grande de mucus dont il est probable que la sécrétion est alors augmentée par l'irritation même qu'exercent les vers sur les glandes de la membrane interne du rectum.

Le *trichuris* a été trouvé quelquefois dans les gros intestins de l'homme, sur-tout dans le cœcum. Il ressemble beaucoup à l'*ascaris*, mais il est beaucoup plus gros. La queue est

très-longue et transparente; à la tête de quelques uns est attaché un prolongement en forme de cône.

Il n'y a rien dans l'économie animale de plus obscur que l'origine de ces vers. S'ils existoient hors du corps de l'animal, il n'y auroit pas de difficulté à supposer que leurs œufs ont été avalés avec l'aliment, et que le développement de l'animal a eu lieu dans le canal intestinal. Mais il n'en est pas ainsi; ils ne paroissent pas susceptibles de vie hors d'un corps animal vivant, qui paroît absolument nécessaire à leur existence et conservation. On peut donc offrir une autre supposition, savoir que ces vers sont le produit d'une matière contenue dans les intestins, sans organisation quelconque préliminaire; mais cette théorie répugne à toute analogie sur la réproduction animale, autant qu'on a pu observer d'une manière satisfaisante cette réproduction. L'origine de ces animaux est donc très-obscure, et je n'ai pas la prétention de l'éclaircir. Cependant, lorsqu'on pèse les deux opinions et les argumens qui les étayent, on trouve que la pro-

babilité porte à croire à la génération équivoque de quelques ordres d'animaux.

SECTION IX.

DE L'AIR ACCUMULÉ DANS LES INTESTINS.

Il n'est pas rare de trouver de l'air accumulé dans le canal intestinal. Une légère inflammation du péritoine accompagne quelquefois, mais pas toujours, cet accident. Souvent aussi, dans ce cas, les vaisseaux sanguins qui rampent sur les intestins sont remplis d'air.

La putréfaction qui survient après la mort produit souvent de l'air dans le canal intestinal; mais nos vues se portent à présent exclusivement sur de l'air qui s'y produit accidentellement avant la mort.

Deux suppositions s'offrent pour expliquer la production de cet air : ou il est produit par un nouvel arrangement des matières contenues dans les intestins qui en favorise l'expansion, ou il est formé dans les vais-

seaux sanguins des intestins par un mode d'action analogue à l'acte sécrétoire en général, et versé dans la cavité intestinale par les extrémités des artères exhalantes. Nul doute que les vaisseaux sanguins du corps animal ne soient doués de cette faculté; et j'avoue que mon opinion est que l'air du canal intestinal est ordinairement produit de cette manière. Il est probable que cet air n'est pas dans tous les cas d'une nature identique. Dans tous les essais que j'en ai faits, je n'ai pas trouvé d'air inflammable, mais toujours une grande proportion d'air fixe. Cet air mérite d'être examiné par quelque chimiste.

SECTION X.

MATIÈRE OSSEUSE FORMÉE DANS LES INTESTINS.

Les états pathologiques du canal intestinal que nous venons de décrire sont les plus fréquens, mais non pas les seuls. J'ai vu un exemple ou deux d'une concrétion osseuse

sur

sur la membrane interne de l'intestin. J'ai même vu une adhérence, entre deux portions d'intestin, convertie en os. Il paroît que toutes les parties du corps peuvent s'ossifier, et que cet effet doit être attribué à l'aberration d'une faculté naturelle : dans les cas d'adhérence accidentelle, la même propriété (autant que nous pouvons en juger) appartient à la substance qui forme le moyen d'union, laquelle ne semble pas moins susceptible de se convertir en os ou en tout autre tissu, que la membrane cellulaire générale, les plèvres, ou le péritoine.

SECTION XI.

ANNEAU SAILLANT FORMÉ DANS LA CAVITÉ DE L'INTESTIN JEJUNUM.

J'ai vu une des valvules conniventes plus grosse qu'à l'ordinaire, et faisant saillie dans le jejunum, tout autour de sa paroi concave, comme un large anneau. Le calibre de l'intestin étoit nécessairement rétréci à cet endroit; mais aucun mal n'en est résulté.

Ce vice de conformation auroit pu cependant en causer beaucoup ; car un corps d'un certain volume qui s'arrêteroit sur l'anneau y produiroit de l'inflammation, une ulcération, et enfin la mort.

SECTION XII.

MATIERE CALCULEUSE TROUVÉE DANS LES INTESTINS.

Une matière calculeuse peut se trouver dans une partie quelconque du canal intestinal, mais sur-tout dans les gros intestins. Les cas de cette nature sont très-rares, au moins chez l'homme ; aucun ne s'est offert à ma propre observation (1).

SECTION XIII.

PUSTULES DE LA PETITE VÉROLE SUR LES INTESTINS.

On a dit avoir vu des pustules de la petite

---

(1) *Voyez* Lieutaud, vol. 1, p. 77, 78.

vérole sur les intestins de personnes mortes de cette maladie (1). Je ne prétends pas prononcer sur la vérité de ces observations; mais des dissections faites avec tous les soins et toutes les lumières requises, n'ont pas confirmé le fait.

SECTION XIV.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DU MÉSENTÈRE.

Le mésentère est souvent affecté d'inflammation, mais il ne l'est jamais sans une affection semblable et générale du péritoine. Cet organe devient alors plus épais et plus massif que dans l'état naturel. Les gros vaisseaux sanguins qui passent entre ses lames et les glandes absorbantes, sont beaucoup moins apparens. Tous ces effets dépendent de la lymphe coagulable qui s'extravase par l'acte inflammatoire. La partie du péritoine qui constitue les lames du mésentère est plus vasculaire que dans l'état naturel, et plus ou

(1) Lieutaud, vol. 1, p. 375.

moins couverte d'une couche de cette lymphe. Une petite quantité de pus se trouve aussi quelquefois sur la surface enflammée du mésentère. Des abcès ont même été observés entre ses lames; mais les cas d'abcès sont très-rares.

Il est rare qu'on trouve le mésentère gangreneux, sans que diverses portions du canal intestinal le soient aussi : du moins il ne m'est pas arrivé d'en voir un exemple; mais lorsque les intestins sont gangrenés, quelques portions du mésentère se trouvent quelquefois dans le même état. La gangrène du mésentère ne diffère pas de celle d'autres parties déjà décrite.

Les glandes absorbantes du mésentère sont souvent affectées de scrophule, et plus souvent dans l'enfance que dans l'âge adulte. Les glandes ainsi affectées offrent des aspects différens suivant le degré de la maladie; elles sont augmentées de volume et plus molles au toucher que dans l'état naturel : intérieurement leur texture paroît presque naturelle, mais le plus souvent elles sont chan-

gées en une matière blanche, molle, ressemblant à du lait caillé, et mélangée de pus en quelques cas.

Lorsqu'une portion du canal intestinal devient cancéreuse, quelques unes des glandes absorbantes du mésentère participent à la même affection, la matière cancéreuse étant transmise de l'intestin aux glandes par les vaisseaux lymphatiques. Les glandes augmentent alors de volume, et se convertissent en masses dures d'une texture squirrheuse ou cancéreuse.

On trouve les glandes du mésentère remplies quelquefois d'une matière osseuse ou terreuse; mais les cas de cette nature sont rares (1). Les glandes absorbantes à la racine des poumons sont les plus sujettes à cette maladie.

On a observé des hydatides du mésentère.

Des tumeurs qui consistoient dans une matière adipeuse ont été observées en adhérence

(1) Voyez les Transac. Méd., vol. 1, p. 365.

avec le mésentère; mais cet état pathologique se voit rarement.

SYMPTÔMES.

L'inflammation des intestins est caractérisée par les symptômes suivans: savoir, douleur aiguë de l'abdomen, vomissement, constipation opiniâtre, chaleur, soif, pouls fréquent, petit et dur; l'état du pouls ne s'éloigne pas toujours de l'état naturel en proportion de la violence de l'inflammation.

Je ne connois aucun symptôme caractéristique de l'intus-susception avant que l'inflammation soit survenue; et ce cas-ci arrivant, les symptômes sont alors les suivans: les parties où la maladie a lieu se collent ensemble par la lymphe coagulable que l'inflammation y fait épancher, de manière qu'on ne peut plus les séparer; cet état doit donc être regardé comme beaucoup plus funeste qu'une simple inflammation intestinale. On peut remédier à cette dernière, et le malade

peut guérir ; mais l'intus-susception avec inflammation violente est nécessairement funeste.

La hernie sans étranglement présente les symptômes suivans : savoir, une tumeur pâle à la partie affectée, une douleur légère de temps en temps dans la tumeur et dans les parties environnantes du ventre : la tumeur passée au dehors par la toux disparoît par la compression, ou par la position horizontale gardée pendant quelque temps. Si la hernie est grosse et ancienne, elle ne disparoît pas par la compression, quoiqu'il n'existe aucun étranglement.

Lorsque ce dernier accident a lieu, les symptômes sont ceux de l'inflammation des intestins ; car l'étranglement produit cette inflammation. Outre ces symptômes, vers la fin de la maladie il y a le hoquet ; et une matière jaunâtre, fétide, est rejetée par la bouche. Les nausées sont dans ces sortes de cas beaucoup plus fortes que dans les dérange-

mens ordinaires de l'estomac ; mais souvent le pouls n'est pas plus fréquent que dans l'état naturel, quoique l'inflammation soit portée, comme l'opération le fait voir, au plus haut degré.

Cette observation est d'une grande importance dans la pratique, parce qu'elle démontre qu'on ne peut pas juger du degré de l'inflammation d'après l'état du pouls, et que l'opération ne doit pas être différée si la hernie ne peut pas être réduite, quand même le pouls ne seroit pas accéléré.

Quand les gros intestins sont attaqués de squirrhe, la maladie fait ordinairement quelque progrès avant que le malade n'y fasse attention. Il y a peu de douleur au commencement, et le malade éprouve seulement de la constipation ou difficulté d'aller à la selle. La douleur augmente avec les progrès de la maladie, sur-tout en allant à la selle, et le malade éprouve après l'évacuation un grand soulagement. En examinant les matières des

selles on y trouve souvent du pus et du sang, sur-tout vers la fin de la maladie, quand l'ulcération s'est établie : le teint devient en même temps pâle, le pouls accéléré, et le malade s'affoiblit. La constitution se détériore à vue d'œil ; tous ces symptômes vont de pis en pis, jusqu'à ce que la mort les termine.

Dans la dyssenterie, le malade ressent dans l'abdomen des tranchées qui deviennent quelquefois très-intenses. L'irritation qu'éprouvent les intestins provoque des évacuations fréquentes, qui sont des mélanges de mucus, de pus, de sang, de parties membraneuses, des crottes blanchâtres, et à certains intervalles des matières fécales dures. Ces évacuations alvines sont accompagnées de ténesme le plus communément. Une fièvre symptomatique plus ou moins forte est un symptôme constant de la maladie.

Les symptômes des hémorrhoïdes sont l'en-

flure de la marge de l'anus, et du rectum immédiatement au dessus, douleur de l'anus pendant le passage des matières fécales, évacuation sanguine fréquente, irritation ou prurit spontané et passager des parties affectées. La maladie prélude souvent par d'autres affections, telles que la migraine, la difficulté de respirer, des douleurs de colique et des douleurs dans les lombes.

Les symptômes qui indiquent l'existence du ver rond dans les intestins, sont la tuméfaction du ventre, l'émaciation des extrémités, l'haleine fétide, et le dérangement de l'appétit qui peut être au dessus ou au dessous de son état naturel. Les évacuations alvines sont glaireuses; le malade éprouve un prurit de la membrane interne du nez, et grince les dents pendant le sommeil.

Les personnes affligées du ténia se plaignent d'une douleur rongeante à l'estomac,

qu'elles soulagent en mangeant : l'appétit est voracechez laplupart;mais en quelques unes il est moindre que l'appétit naturel ; elles éprouvent ordinairement le prurit de la membrane pituitaire, des nausées, des douleurs de colique, et quelquefois la migraine: quelques unes ont de la toux, et d'autres des accès irréguliers de convulsion.

L'ascaride produit dans le rectum un sentiment de malaise, et à l'anus un prurit douloureux.

On éprouve une augmentation de chaleur dans les parties, avec évacuations muqueuses et ténesme. Le mucus est quelquefois mélangé de sang, et souvent il sort en même temps des ascarides vivans (1).

Une accumulation modérée d'air dans les intestins est caractérisée par un certain de-

(1) Voyez Trans. Méd. du collége, vol. 1, p. 46.

gré de plénitude de l'abdomen, et par ses fréquens changemens de lieu; delà les borborygmes et les enflures partielles qu'on observe sur le ventre. On en chasse quelquefois par la bouche et par le rectum, et l'on éprouve en même temps de la constipation et quelques douleurs de colique.

L'air accumulé en grande quantité constitue une maladie très-grave nommée tympanite, dont j'ai vu deux ou trois exemples. Le ventre est extrêmement gonflé avec un sentiment de tension très-intense; comprimées avec les doigts, les parties reprennent rapidement et avec énergie leur forme primitive, comme le feroit une vessie de bœuf remplie d'air. Ce symptôme distingue cette maladie de l'hydropisie ascite; la respiration est souvent gênée par le refoulement du diaphragme et l'empêchement à son action libre, résultant de l'accumulation d'air. Le malade éprouve des coliques intenses, et chasse de l'air par haut et par bas avec beaucoup de bruit. Le ventre est constipé, et les urines coulent difficilement; cette dif-

ficulté d'uriner tient probablement à la distension du rectum.

Les symptômes de l'inflammation du mésentère ne peuvent pas être distingués de ceux de l'inflammation du péritoine en général, que nous avons déjà décrits.

Les symptômes de l'augmentation scrophuleuse des glandes du mésentère coïncident presque parfaitement avec ceux déterminés par le ver rond des intestins; dans les deux cas, le ventre est gonflé et les extrémités émaciées. Les vers que font évacuer les purgatifs drastiques servent de moyen de distinction entre ces deux maladies : les soubresauts et le grincement des dents peuvent aussi servir à les distinguer, puisque ces symptômes ont souvent lieu dans les cas de vers, mais rarement ou jamais dans le cas d'affection scrophuleuse du mésentère. Un examen attentif de la constitution et de la disposition du malade peut fournir quelques moyens de diagnostic.

Si l'on voit à l'extérieur des signes bien décidés de scrophule, le praticien en sera disposé à conclure qu'il y a une disposition analogue au mésentère.

CHAPITRE XI.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DU FOIE.

SECTION PREMIÈRE.

DE L'INFLAMMATION DE LA MEMBRANE DU FOIE.

L'INFLAMMATION de la membrane externe du foie a souvent lieu ; elle peut être bornée à cette partie ou bien tenir à l'inflammation générale du péritoine : bornée au foie, elle n'y est communément que partielle, et pour l'ordinaire, sur sa partie antérieure ou convexe. J'ai souvent vu l'inflammation, ou au moins ses effets, sur cette partie de la membrane du foie qui est en contact avec l'estomac et le duodénum. L'inflammation de cette membrane présente absolument les mêmes phénomènes que celle du péritoine, dont nous avons déjà parlé, et dont cette membrane fait partie. Ses vaisseaux charrient du sang vermeil ; elle est

plus vasculaire et plus épaisse que dans l'état naturel. Une couche de la lymphe coagulable, d'une épaisseur variable, s'étend sur sa surface, et colle le foie plus ou moins aux parties environnantes. Un fluide séreux s'épanche en même temps en plus ou moins grande quantité.

SECTION II.

ADHÉRENCES.

Il arrive plus souvent de voir des adhérences, suites de l'inflammation de la membrane du foie, que de voir cette membrane actuellement enflammée ; ces adhérences proviennent des changemens successifs qu'éprouve la lymphe coagulable du sang extravasée, tels que nous les avons déjà décrits; elles sont produites ordinairement par une membrane mince, transparente, qui s'étend de la surface du foie aux parties voisines. Ce moyen d'adhérence peut consister en une seule membrane qui s'étendroit sur toute la surface du foie, ou bien en des prolongemens membraneux distincts. Ces membranes d'adhérence

d'adhérence sont quelquefois longues, d'autres fois le foie adhère immédiatement aux parties voisines. Le siége le plus ordinaire de ces adhérences est la surface antérieure du foie qui adhère à la partie du péritoine tapissant les muscles à la partie supérieure de la cavité abdominale.

Dans les cas d'abcès du foie, ces adhérences sont d'une grande utilité en empêchant l'épanchement du pus dans la cavité abdominale : souvent aussi on trouve des adhérences entre la surface postérieure du foie et de l'estomac, et le duodénum ; lesquelles peuvent être d'une grande utilité en empêchant également les abcès du foie qui se dirigent de ce côté, de s'épancher dans la cavité abdominale : ces membranes peuvent conduire le pus dans l'estomac ou dans le duodénum.

SECTION III.

TUNIQUES DU FOIE CONVERTIES EN CARTILAGES.

Une portion des tuniques du foie se

convertit en cartilage. J'ai vu quelques exemples de cette altération morbifique, qui est moins rare dans la rate que dans le foie. Ce cartilage, contre nature, est lisse, mince, et d'une texture molle.

SECTION IV.

INFLAMMATION DE LA SUBSTANCE DU FOIE.

Il arrive rarement, au moins dans ce pays-ci, qu'on trouve la substance du foie dans l'état inflammatoire. Lorsque sa membrane s'enflamme, la partie correspondante du foie, immédiatement au dessous, participe à la même affection; mais l'inflammation de la masse totale est très-rare. Cette maladie est plus commune dans les pays chauds que dans la Grande-Bretagne. Lorsque cet organe s'enflamme dans toutes ces parties, il augmente de volume, et prend une couleur de pourpre foncée (1); il est en même temps

(1) N'est-il pas probable que cette couleur est

plus dur au toucher que dans l'état naturel. Sa membrane externe participe quelquefois, mais pas toujours, à l'affection inflammatoire. Quelquefois la jaunisse accompagne cet état du foie, parce qu'une compression sur les pores biliaires empêche la bile de passer par le canal cholédoque. Une certaine durée de l'inflammation détermine une formation d'abcès, ce qui affoiblit l'état inflammatoire ; il y a des cas où ces abcès sont assez considérables pour contenir plusieurs pintes de pus. Cet organe est quelquefois presque entièrement réduit en une seule poche remplie de pus. L'hydropisie ascite résulte souvent de l'inflammation chronique du foie : dans ce cas, l'eau est colorée par la bile en jaune ou en vert.

Quelques observations de la mortification

---

due à une accumulation de sang dans les branches de la veine porte ?

Attendu que cette veine fait la fonction d'artère dans le foie, n'est-il pas probable que ses petits rameaux prennent le même mode d'action pendant l'inflammation, que les rameaux artériels ?

du foie ont été recueillies (1), mais ce cas doit être bien rare : je ne l'ai jamais vu.

SECTION V.

TUBERCULE COMMUN DU FOIE.

La formation des tubercules est une des maladies les plus fréquentes du foie (ou même la plus fréquente, si l'on excepte les adhérences dont nous avons parlé plus haut). Cette maladie ne se trouve presque jamais dans les jeunes gens, mais bien dans l'âge moyen ou avancé. Elle est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes ; fait qui paroît tenir à l'intempérance dans la boisson, plus grande parmi les hommes, car les grands buveurs en sont attaqués plus que les autres. Nous ne pouvons pas cependant trouver entre cette habitude et cette maladie les rapports ou la liaison de cause et d'effet ; mais la même obscurité

(2) Morgagni, epist. 34, art. 25.

règne relativement aux causes de maladies dans toutes les autres parties du corps humain.

Les tubercules qui constituent cette maladie recouvrent ordinairement le foie tout entier, ont une forme ronde, sont placés les uns à côté des autres, et donnent à sa surface une forme tout-à-fait irrégulière. Ouverts par l'instrument, on les voit consister dans une substance solide, brunâtre ou jaunâtre; leur grosseur n'excède pas quelquefois celle d'une tête d'épingle, mais le plus souvent elle égale une noisette, l'excède même souvent. Le foie est plus dur que dans l'état naturel, et son bord inférieur se courbe en avant. Son volume n'est pas augmenté ordinairement, mais souvent au contraire il devient plus petit que dans l'état naturel. En faisant une section d'un foie dans cet état, on voit que ses vaisseaux ont diminué de calibre. L'accumulation de la bile dans sa substance lui donne une couleur jaunâtre; l'eau qui s'épanche toujours, dans ces cas, dans la cavité abdominale, a la même couleur; la vésicule du fiel est ordinairement fort rétrécie, et

d'une couleur blanche à cause de sa vacuité; car la bile n'y peut pas parvenir, parce que la dureté du foie comprime les pores biliaires et s'oppose à leur communication avec le canal hépatique. La peau est en même temps affectée de jaunisse; affection qui est aussi permanente que sa cause, c'est à-dire qui dure toujours. Cet état est celui qu'on nomme généralement squirrhe du foie; mais il ressemble peu au squirrhe tel qu'il se montre dans d'autres parties du corps : je le regarde donc comme une maladie particulière de ce viscère.

SECTION IV.

GRAND TUBERCULE BLANC DU FOIE.

Des masses dures, blanches, grosses comme une châtaigne, peuvent se former dans le foie; cette grosseur cependant peut varier en plus ou en moins. Elles se trouvent ordinairement plus près de la surface que du centre, disposées deux ou trois ensemble et en contact, et laissant entr'elles et un amas

de la même nature une portion saine du foie. Elles consistent dans une substance ferme, blanchâtre, opaque, ayant leur surface extérieure déprimée ou enfoncée : le volume du foie est ordinairement augmenté dans cette maladie.

Une section du foie fait voir que ces tubercules se sont formés autour des vaisseaux sanguins de cet organe. Cet état morbifique occasionne quelquefois un épanchement d'eau dans la cavité abdominale : souvent cela n'a pas lieu. Le foie est teint en jaune quelquefois ; mais souvent les parties saines et sans tubercules gardent leur couleur naturelle.

Le tubercule que nous venons de décrire est beaucoup moins fréquent que le précédent, et ressemble beaucoup plus au squirrhe des autres parties du corps. Si je me permettois donc de décider d'après la seule texture, je dirois que le grand tubercule blanc est le vrai squirrhe du foie ; dans deux cas, cependant, j'ai vu un pus épais qui ressembloit beaucoup au pus scro-

phuleux : je suis donc réduit à rester encore dans l'incertitude là-dessus.

SECTION VII.

TUBERCULE MOU, BRUNATRE, DU FOIE.

J'ai vu aussi plusieurs tumeurs molles de la grosseur d'une noix, placées principalement vers la surface du foie ; elles avoient une couleur brunâtre et une texture lisse. Cet état morbifique est très-rare, et probablement inconnu dans sa nature ; beaucoup de personnes n'hésiteroient pas à le dire scrophuleux, mais cette opinion ne seroit pas appuyée par des preuves concluantes ; car aucune ressemblance n'existe entre cette tumeur et le tubercule scrophuleux des poumons, ou une glande absorbante scrophuleuse. Cela vaudroit bien la peine d'être soigneusement examiné, toutes les fois que l'occasion s'en présentera ; cet examen seroit puissamment aidé par une égale attention aux symptômes et à la disposition du corps vivant.

SECTION VIII.

TUMEURS SCROPHULEUSES DU FOIE.

On trouve quelquefois des tubercules dans le foie, qui ressemblent beaucoup à ceux des poumons. Ils ont la même grosseur, la même texture; leur couleur est plus brune, mais le toucher ne sauroit les distinguer. Dans le seul exemple que j'ai vu de cette nature, les tubercules étoient distribués dans la substance du foie à des distances à peu près égales, sans en rendre la surface irrégulière, comme dans le tubercule ordinaire.

SECTION IX.

FOIE FLASQUE AVEC DES TUMEURS ROUGEATRES.

J'ai vu la substance du foie plus flasque que dans l'état naturel, parsemée de tumeurs rougeâtres d'une grosseur considérable, et contenant une espèce de pus; je suis disposé à regarder cet état du foie comme

scrophuleux, parce que la personne avoit toutes les marques d'une constitution scrophuleuse, et plusieurs glandes scrophuleuses furent trouvées en ouvrant le corps.

SECTION X.

LA SUBSTANCE DU FOIE TRÈS-MOLLE.

Il n'est pas rare de trouver la substance du foie beaucoup plus flasque que dans l'état naturel, sans aucun autre signe de maladie; cette mollesse approche de celle de la rate. La couleur en est en même temps plombée; cette altération doit provenir d'une action morbifique commune à toutes ces parties, et qui paroît être celle désignée par M. Hunter, sous le nom d'*absorption interstitielle*. On désigne par cette dénomination l'absorption insensible des molécules élémentaires d'un organe ou masse organique quelconque du corps humain sans ulcération. Cet état du foie se trouve rarement, ou jamais, dans le très-jeune sujet : il a lieu principalement dans l'âge avancé.

SECTION XI.

LA SUBSTANCE DU FOIE TRÈS-ENDURCIE.

Un état du foie contraire au précédent, et qui n'est pas rare, est une dureté contre nature, sans altération sensible de sa texture. Il y a souvent sur la surface des foies ainsi endurcis une membrane *filiforme* rayonnante, et le bord inférieur est courbé un peu en avant. Je crois que cet état précède la formation de tubercules : car j'ai souvent trouvé de petits tubercules de nature ordinaire sur la surface d'un foie ainsi altéré. Il paroît probable, d'après ces circonstances, qu'il se dépose une matière additionnelle dans les interstices de la masse générale du foie qui le rend plus dur, et qui se convertit en tubercules, ainsi qu'une partie des élémens naturels de ce viscère; mais on voit bien que ces idées ne sont que conjecturales. Une hydropisie commençante accompagne quelquefois cette induration du foie; mais cela n'a pas lieu dans tous les cas.

SECTION XII.

HYDATIDES.

Excepté les reins, on trouve des hydatides plus souvent dans le foie que dans aucune autre glande du corps humain (1). Les hydatides du foie sont ordinairement renfermées dans un kyste d'une grosseur quelquefois considérable, et dont les parties ont une consistance et une fermeté telles, que le toucher ne sauroit le distinguer d'un cartilage. La dissection fait voir dans ce kyste une texture lamelleuse : son épaisseur est variable, n'excédant pas en quelques cas celle d'une pièce de 24 sous, au lieu que dans d'autres cas elle est d'un quart de pouce. Les lames consistent dans une substance blanche, dou-

(1) Je ne crois pas que le nom commun d'hydatide désigne la même chose dans le foie et dans les reins : il en existe cependant quelquefois dans les reins, qui sont précisément de la même nature que celles du foie.

blée intérieurement par une couche pulpeuse qui paroît être de la lymphe coagulable. J'ai vu dans un seul cas la cavité du kyste partagée par une cloison de cette nature. Un kyste peut contenir une seule ou plusieurs hydatides, qui nagent dans un fluide, ou qui sont attachées à ses parois. Ces hydatides sont des sacs ou poches sphériques contenant un fluide coagulable, et dont les parois consistent dans une matière pulpeuse, blanchâtre, demi-opaque (1). Cette matière, douée d'une force contractile ou retractile considérable, est formée de deux lames dont l'épaisseur varie beaucoup en différentes hydatides, ou en différentes parties de la même. Dans l'intérieur d'une grande hydatide on en trouve souvent de plus petites, dont la grosseur varie depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une groseille. Elles y sont attachées en grappes, ou bien éparses sur sa surface : on les trouve quelquefois libres dans le fluide

(1) Quoique les hydatides soient ordinairement d'une couleur blanchâtre, j'en ai vu cependant d'une couleur légèrement ambrée.

de plus grandes hydatides. Les hydatides du foie sont souvent sans aucune communication entr'elles; mais on dit les avoir vues renfermées l'une dans l'autre en série, comme des boîtes à pilules. Le plus ordinairement les hydatides du foie sont situées dans sa substance, et entourées d'un kyste; mais elles sont souvent attachées à sa surface externe, et occupent alors une plus ou moins grande partie de la cavité abdominale.

L'origine et la nature de ces hydatides ne sont pas déterminées; il est probable cependant que ce sont des animalcules imparfaits. Il n'y a pas de doute que les hydatides qu'on trouve dans les foies de moutons ne soient des animalcules. Otées du foie et mises dans de l'eau chaude, on les a vu souvent se mouvoir et vivre plusieurs heures après la mort de l'animal dans le corps duquel elles avoient pris naissance. Il y a beaucoup d'analogie entre les hydatides du foie d'un mouton et celles du corps humain. Dans les deux cas, elles sont contenues dans des kystes forts, et consistent dans une matière pulpeuse blanchâtre. Il est vrai cependant qu'il y a quel-

que différence pour l'organisation; car le sac uniforme et sphérique chez l'homme est garni d'un col, et d'une bouche dans le mouton; mais cette légère différence ne doit pas être regardée comme une forte objection à l'opinion émise ci-dessus; car la plus simple organisation n'exclue pas la vie. D'ailleurs, des hydatides trouvées dans des cerveaux de moutons, ressemblant presque en tout à celles du foie de l'homme, ont été vues se mouvoir, et doivent être regardées par conséquent comme animalcules. Les hydatides du foie de l'homme n'ont pas encore été vues se mouvoir dans de l'eau chaude, autant que je sache au moins : si cela étoit, la question ne seroit plus indécise; mais il est facile de voir pourquoi cela ne peut avoir lieu que difficilement. Leur existence dans le foie est un état pathologique assez rare; et lors même qu'ils existent, le temps qui se passe avant l'examen du corps suffit pour l'extinction de leur principe vital, en supposant qu'elles en fussent pourvues comme dans le foie du mouton. L'opinion que ce sont des animalcules est donc très-probable; et il pa-

roît plus difficile de concilier leur animalisation avec la théorie reçue de la génération, que celle des vers d'intestins. Nous ne sommes pas quittes de la difficulté en niant leur vitalité dans le foie de l'homme; car dans le foie du mouton on ne peut pas le nier, et la difficulté est la même. Tout ce que je puis dire sur ce sujet, je l'ai déjà dit à l'occasion des vers d'intestins. Si l'on vouloit faire des recherches plus minutieuses sur les hydatides, on en pourroit trouver un traité très-détaillé par M. Hunter, dans les Transactions médicales et chirurgicales (1).

SECTION XIII.

KYSTES DU FOIE CONTENANT UNE MATIÈRE TERREUSE.

On trouve souvent dans le foie des kystes contenant une matière terreuse : la substance de ces kystes est cartilagineuse, mélangée de substance osseuse; la matière terreuse

(1) Voyez les Transact. Méd. et Chir., p. 34.

contenue

contenue dans le kyste est molle, lisse, et d'une couleur blanche brunâtre, mêlée souvent de parties membraneuses, ressemblant beaucoup à la tunique d'une hydatide.

SECTION XIV.

RUPTURE DU FOIE.

Le foie est plus sujet à rupture qu'aucune autre glande du corps humain. On en peut assigner deux causes assez probables ; l'une, que dans des personnes maigres, le foie, sur-tout s'il est volumineux, se présente près de la surface du corps, et peut être lésé par conséquent par une compression extérieure ; l'autre, que le foie est d'une texture telle, que ses parties se séparent facilement l'une de l'autre par compression, sans pouvoir reprendre leurs rapports naturels après la cessation de la cause comprimante, comme le feroient d'autres parties dans le même cas. Ainsi le foie cède à l'effet du pouce ou du doigt, comme le feroit une poire pourrie ; mais moins facilement. Cet effet ne dépend pas du ramollissement du foie par la putré-

faction, puisqu'il a lieu immédiatement après la mort; mais il dépend de la texture naturelle du foie, et peut avoir lieu dans le vivant aussi bien que dans le cadavre. Une semblable pression exercée contre un muscle ou contre une autre glande du corps ne leur feroit aucune rupture, mais ces parties reprendroient leur forme primitive aussitôt la cause enlevée. Les ruptures du foie qu'on a observées ont été causées par une force extérieure appliquée à la partie supérieure de l'abdomen, comme, par exemple, la roue d'une voiture qui passeroit par dessus le corps. Cet accident est arrivé sans qu'il en soit résulté beaucoup de douleur; ce qui est une des preuves nombreuses du peu de sensibilité du foie. Dans quelques cas de cette nature, les personnes ont survécu à l'accident pendant plusieurs jours.

SECTION XV.

VERS DU FOIE.

On dit avoir trouvé des vers dans les kystes du foie, ainsi que dans les canaux

biliaires (1) : les exemples de cette nature sont assez rares pour avoir échappé à mon observation.

SYMPTÔMES.

Lorsque les tuniques du foie s'enflamment, les symptômes correspondent beaucoup à ceux de la pleurésie, dans laquelle l'inflammation attaque la partie inférieure des plèvres du côté droit. Il y a douleur aiguë de la partie affectée, respiration difficile, toux et fièvre symptomatique : il y auroit peu d'utilité à établir le diagnostique entre ces deux maladies, puisque le traitement est le même dans les deux cas.

Je ne connois pas les symptômes qui indiquent des adhérences entre le foie et les parties voisines.

Une douleur obtuse à l'hypocondre droit

(1) Voyez Lieutaud, vol. 1, p. 194.

accompagne l'inflammation de la substance du foie. Il y a en même temps douleur à l'épaule du même côté, et le malade se couche de préférence sur le côté ainsi affecté ; il y a plus ou moins de fièvre symptomatique, avec une toux sèche, quelquefois hoquet et vomissement, et quelquefois jaunisse. L'inflammation du foie est quelquefois si lente, que la douleur ne se fait presque pas sentir, et que la fièvre est presque nulle. Dans ces sortes de cas, on ne soupçonne pas l'inflammation jusqu'à ce que l'abcès qui se dirige en dehors en avertisse.

Je ne connois pas de symptômes particuliers par lesquels on puisse s'assurer pendant la vie de l'état tuberculeux du foie. Lors pourtant qu'on sent une douleur ou un malaise dans la région du foie, que la peau est affectée de jaunisse permanente, que de l'eau s'amasse en même temps dans la cavité abdominale, il ne reste guère de doute sur l'état tuberculeux du foie. Lorsque les parois de l'abdomen sont minces, et que l'eau épan-

chée n'est pas en grande quantité, on peut sentir les tubercules au bord inférieur du foie par l'application judicieuse de la main.

Je ne puis pas distinguer les symptômes du grand tubercule blanc de ceux du tubercule ordinaire ; mais je crois que la jaunisse et l'ascite ne l'accompagnent pas aussi constamment.

Les symptômes des autres tubercules du foie me sont inconnus ; mais je crois qu'il n'y en a pas de bien décisif.

L'induration du foie ne peut être connue pendant la vie, à moins que la maigreur du sujet ne permette pas de la sentir extérieurement ; ce qui seroit difficile dans la plupart des cas, souvent même impossible, attendu la grande épaisseur que peuvent avoir les parois de l'abdomen, et que l'induration du foie n'entraîne pas l'augmentation de son volume. Cependant, si l'on éprouve un sentiment de pesanteur à la région du

foie, et qu'il y ait en même temps une pâleur de visage, on peut soupçonner cette maladie. Il faut ajouter pourtant que l'examen cadavérique a démontré cet état du foie, sans que ces symptômes ou aucun autre l'eussent indiqué pendant la vie.

La formation des hydatides ne détermine aucun symptôme: leur existence est donc du domaine de la conjecture. Il est vrai que les histoires de quelques cas de cette nature font mention d'une douleur à l'hypocondre droit; mais cette douleur ne sauroit être distinguée de celle d'une tout autre cause.

Lorsque les hydatides sont dans la substance même du foie, je ne vois aucune possibilité d'en constater l'existence; mais si elles existent sur sa surface extérieure et vers son bord inférieur, on pourroit peut-être s'en assurer par un examen attentif. Dans ce cas-là même, si les parois de l'abdomen sont épaisses et que les hydatides ou leurs kystes ne soient pas distincts, mais en contact l'un avec l'autre, formant une tumeur irrégulière,

il ne sera guère possible d'en porter une opinion décisive. Je dirai pourtant que, si la tumeur s'est formée peu à peu, que la santé n'en soit que peu altérée, il est probable qu'elle est due à des hydatides. Une attention scrupuleuse à l'effet que produit sur la tumeur la compression ou percussion, peut aussi aider beaucoup au diagnostique; car, si elle est formée d'hydatides, elle sera molle, et si les hydatides sont grandes, il y aura probablement un sentiment de fluctuation en frappant la tumeur d'une main et en appliquant l'autre au côté opposé. Si encore la tumeur occupe une grande partie de la cavité abdominale, et que son accroissement procède de la région du foie, comme de sa source, il ne resteroit guère de doute qu'elle ne fût formée d'hydatides.

CHAPITRE XII.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DE LA VÉSICULE DU FIEL.

SECTION PREMIÈRE.

INFLAMMATION DE SES TUNIQUES.

Les tuniques de la vésicule du fiel s'enflamment rarement sans une inflammation concomitante de la membrane qui recouvre la surface postérieure du foie. L'inflammation de cette membrane s'étend naturellement sur la tunique extérieure de la vésicule du fiel, et peut affecter même ses tuniques intérieures si elle est violente. Cependant l'inflammation de la tunique externe n'est pas ordinairement accompagnée de celle de ses autres tuniques, parce qu'elle ne leur est pas étroitement appliquée; une quantité considérable de tissu cellulaire les sépare. Il n'y a aucune différence entre les effets de l'inflammation

des tuniques de la vésicule du fiel et ceux produits par l'inflammation de l'estomac et des intestins, que nous avons déja décrits, et qu'il n'est pas nécessaire de répéter ici.

SECTION II.

ADHÉRENCES.

Il n'est pas rare de voir des adhérences entre la vésicule du fiel et la petite extrémité de l'estomac ou du duodénum; ces adhérences sont les suites de l'inflammation de la tunique externe de la vésicule, et ressemblent exactement à celles déjà décrites.

SECTION III.

ULCÉRATION DE LA VÉSICULE DU FIEL.

L'inflammation est poussée rarement au point de produire l'ulcération de la vésicule du fiel : des calculs biliaires la produisent rarement aussi (1). Cet état a lieu cependant

(1) Le docteur Sœmmering a vu cependant plusieurs ulcères de la membrane interne, produits par l'irritation des calculs biliaires.

quelquefois, et commence presque toujours dans sa membrane interne. J'en ai observé deux exemples, dont l'un consistoit en plusieurs ulcères de la membrane interne, les autres tuniques n'étant point affectées; tandis que dans un autre, l'ulcère avoit rongé toutes les tuniques.

SECTION IV.

ÉPAISSISSEMENT DES TUNIQUES DE LA VÉSICULE DU FIEL, ET FORMATION DE TUBERCULES DANS LEUR TISSU.

Je n'ai vu qu'un seul exemple de cette altération de la vésicule; ses tuniques avoient dans ce cas un quart de pouce d'épaisseur, et étoient remplies en même temps de tubercules gros et durs: le foie étoit affecté de la même maladie.

SECTION V.

TUNIQUES DE LA VÉSICULE DU FIEL DEVENUES OSSEUSES.

J'ai vu aussi l'épaississement de la vésicule

avec plusieurs points d'ossification, mais ce phénomène est rare.

SECTION VI.

ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES DES CANAUX BILIAIRES; LEUR DILATATION.

La dilatation est l'altération pathologique la plus fréquente des canaux biliaires. Le canal hépatique, le canal cystique, et le canal cholédoque, éprouvent quelquefois une dilatation énorme. J'ai vu les canaux hépatiques et cholédoques dilatés au point d'avoir à peu près un pouce de diamètre. Cet effet ne peut guère provenir que d'une seule cause, qui est le passage de calculs biliaires. Il est vraiment étonnant de voir la grosseur de quelques calculs qui ont passé ainsi dans le duodénum : il doit être très-encourageant aussi pour ceux qui ont le malheur de souffrir de cette maladie.

Quant à l'oblitération des canaux biliaires, aucun d'eux n'est guère sujet à cet accident; on en a vu cependant quelques exemples,

dont on peut assigner les causes suivantes : d'abord une inflammation violente de la membrane interne, qui s'étoit terminée par le recollement de deux côtés de cette membrane. Cet effet doit avoir lieu le plus souvent par le passage vers le duodénum d'un calcul biliaire dont la surface seroit irrégulière et raboteuse. On connoît déjà des adhérences de cette nature en d'autres parties du corps à la suite d'une inflammation violente, comme dans le vagin, par exemple. Une autre cause qui peut agir sur l'extrémité inférieure du canal cholédoque, et qui en peut boucher entièrement la cavité, est l'inflammation violente du duodénum à l'embouchure du canal, qui est alors comme enveloppé dans l'inflammation. Dans cette circonstance sa cavité peut facilement s'effacer. Une troisième cause de cette oblitération est l'état squirrheux du pancréas ou toute autre augmentation de la tête ronde de cette glande, qui pourroit alors comprimer l'extrémité inférieure du canal cholédoque et en détruire la cavité. Il ne m'est pas arrivé de voir de ces oblitérations que celle seule-

ment du canal cystique; mais M. Sterer de Notingham, dont le talent et l'industrie sont bien connus, a eu la bonté de me faire part de deux cas d'oblitération de l'extrémité inférieure du canal cholédoque.

SECTION VII.

COMMUNICATION CONTRE NATURE ENTRE LA VÉSICULE DU FIEL ET L'ESTOMAC.

Il n'est peut-être pas hors de propos de rapporter ici une communication que j'ai vue entre la vésicule du fiel et la petite extrémité de l'estomac, par le moyen d'un canal court : ce jeu de la nature est rare, mais on en a vu d'autres exemples.

SECTION VIII.

CALCULS BILIAIRES.

Un phénomène pathologique qu'on rencontre assez souvent dans les recherches cadavériques, est l'existence de calculs biliaires dans la vésicule ou dans les canaux biliaires. La vésicule en est souvent remplie et fort

distendue en même temps ; les tuniques sont alors très-épaissies, effet qui provient en partie de la compression qu'exercent sur elles les calculs biliaires accumulés dedans, et en partie des efforts contractiles de la vésicule pour les expulser. Le nombre de calculs ainsi accumulés dans la vésicule peut être très-grand ; plus d'un mille, trouvés dans une seule vésicule, sont conservés dans la Collection du docteur Hunter. Lorsqu'il n'y a qu'un seul calcul dans la vésicule, il peut avoir un très-grand volume. J'en ai vu un qui avoit la grosseur d'un œuf de poule au moins; ces calculs solitaires ont ordinairement une forme ovale; mais lorsqu'ils sont nombreux, le frottement leur donne beaucoup de faces et d'angles.

Il y a une grande variété dans les couleurs des calculs biliaires. Quelques uns sont blanchâtres, d'autres sont noirs; il y en a de jaunâtres, de verdâtres, d'un brun léger, d'un brun foncé, et d'un brun rougeâtre ; ce sont là leurs principales couleurs. Ils ont, il est vrai, des nuances beaucoup plus variées, mais qu'il seroit bien difficile de dé-

crire : les calculs biliaires diffèrent aussi par le poli ou l'âpreté de leur surface, quelques uns étant parfaitement lisses, d'autres tuberculés.

En cassant ou en coupant les calculs biliaires, on les trouve formés extérieurement de lames concentriques qui renferment un noyau d'un tissu radié; la proportion entre ce noyau et les lames concentriques est variable. La texture de l'un et des autres est quelquefois compacte, d'autres fois friable : il se présente même des cas où les textures radiées et lamelleuses sont si confuses, que les calculs paroissent être une masse uniforme et solide. Souvent la partie lamelleuse et extérieure est d'une substance tout-à-fait différente du noyau radié : il n'est pas rare non plus de trouver la substance centrale composée de petits cristaux blancs et brillans qui ressemblent beaucoup à du mica.

De ce que les calculs biliaires diffèrent beaucoup entr'eux et par l'apparence extérieure et par la texture, on est naturelle-

ment conduit à conclure qu'ils diffèrent aussi par leurs propriétés chimiques. Sur ce sujet je n'ose rien affirmer de positif, mais tous les essais que j'en ai faits me portent à adopter cette opinion; très-peu de ces calculs ont une saveur amère, ce qui prouve qu'ils ne sont pas communément de la bile épaissie; j'en ai cependant rencontré qui avoient une saveur amère très-intense; presque tous fusent à la flamme d'une chandelle; j'en ai trouvé une seule espèce d'une couleur noire, qui, au lieu de fuser, brûloit exactement comme un charbon (1).

Tous les calculs biliaires dont j'ai fait l'essai sont solubles dans l'acide nitrique; mis dans de l'acide sulfurique, et exposés au bain de sable, ils se réduisent en une poudre fine

(1) Le docteur Sœmmering les regarde comme de la bile épaissie : il dit aussi qu'ils n'ont aucune forme régulière; qu'ils ont une saveur amère, et qu'ils sont solubles dans l'eau. Je n'ai pas pu parvenir à les dissoudre dans l'eau distillée, froide ou chaude; mais ils sont amers, sans forme régulière, et sans cristallisation.

et

et noire. L'acide muriatique n'a aucune action sur eux à la température ordinaire de l'atmosphère ; il en a même très-peu à l'aide de la chaleur long-temps continuée.

La plupart des calculs biliaires sont insolubles dans l'huile de térébenthine, ou bien la solution ne s'opère que très-lentement à la température ordinaire de l'atmosphère. Je me suis assuré de l'insolubilité parfaite d'une espèce particulière à cette température. Exposés au bain de sable dans cette huile, ils éprouvent une action bien plus sensible : quelques uns sont convertis en une espèce d'huile qui se précipite au fond de l'huile de térébenthine : d'autres s'y fondent en partie, en donnant au mélange une couleur brunâtre ; l'autre partie se sépare en poussière noire.

La plupart des calculs biliaires n'éprouvent que très-peu d'action de l'esprit-de-vin à la température ordinaire de l'atmosphère ; mais tous y sont solubles, entièrement ou en partie, au point de l'ébullition (1).

(1) Si l'on met des calculs biliaires dans de l'es-

Tels sont en général les résultats de mes propres essais; mais je ne parle qu'avec défiance sur ce sujet, qui mérite d'occuper quelque habile chimiste qui seroit dans l'habitude de faire des expériences, et qui en feroit sur une grande variété de calculs biliaires (1).

---

prit de vin, au point de l'ébullition, il s'y forme des cristaux blancs, lamelleux, par le refroidissement. Lorsqu'on les expose dans de l'esprit de vin à la température ordinaire de l'atmosphère, il se passe quelques semaines avant le commencement de la cristallisation, et les cristaux paroissent avoir une forme plus pointue que dans le cas précédent. Je crois que ces cristaux ont été observés pour la première fois par M. Poulletier de la Salle. *Voyez* Élém. de Chim., et Hist. Nat., par Fourcroy, vol. 4, p. 354.

(1) Un calcul biliaire, composé d'une substance couleur de chocolat extérieurement, et de lames radiées intérieurement, a été analysé par le docteur Saunders, qui en retira une résine, une petite portion de terre, apparemment calcaire, de la soude, et de l'alcali volatil. *Voyez* pag. 119, première édition.

SECTION IX.

DE LA BILE.

On trouve la bile dans la vésicule du fiel différente dans les différens corps; mais cette variété, trop fréquente pour qu'on en accuse une cause morbifique, doit être conforme à la nature. Elle est quelquefois de couleur verte, d'autres fois d'un jaune brunâtre, ou bien d'un jaune pur; mais le jaune brunâtre est sa couleur la plus ordinaire. Elle est toujours plus ou moins visqueuse, et la variété sous ce rapport est considérable; elle paroît en général plus visqueuse dans l'homme que dans les autres classes d'animaux. Je l'ai vue filer, dans un cas, comme le mucus de la trachée qu'on évacue par la toux. Je me rappelle un autre cas où la bile ressembloit exactement au blanc d'œuf. Il est constaté à présent que cette substance est une des parties constituantes de la bile : il est probable donc que les autres parties manquoient dans le cas dont il s'agit, manque qu'il faudroit attribuer à un défaut de l'action sécrétoire

de la bile; et en effet, le foie étoit malade dans ce cas, car on y observoit des tubercules scrophuleux. Les glandes absorbantes du mésentère étoient affectées de la même maladie.

On trouve toujours à l'ouverture des cadavres que la bile a transsudé à travers les tuniques de la vésicule en quantité suffisante pour teindre les parties voisines, sur-tout la petite extrémité de l'estomac et le commencement du duodénum; mais c'est l'effet de la mort, et non de la maladie. Les tuniques de la vésicule ayant perdu de leur compacité naturelle par suite de la mort, deviennent perméables à la bile qui coule alors, et teint les parties voisines, comme nous venons de le dire.

SECTION X.

VÉSICULE DU FIEL DISTENDUE PAR DE LA BILE.

La vésicule du fiel est quelquefois distendue par de la bile, au point d'acquérir deux fois son volume naturel. D'autres fois elle ne

contient pas de bile; elle est alors contractée en un très-petit volume, et paroît blanche.

SECTION XI.

HYDATIDES DE LA VÉSICULE DU FIEL.

On a vu la vésicule du fiel excessivement distendue par des hydatides qu'elle contenoit (1); mais ce phénomène est extrêmement rare.

SECTION XII.

NON-EXISTENCE DE LA VÉSICULE DU FIEL.

On a vu un vice de conformation par lequel la vésicule du fiel manquoit entièrement (2). Il ne m'est jamais arrivé de voir un cas de cette nature; mais on peut y croire facilement, attendu que la vésicule du fiel ne remplit pas une fonction absolument né-

---

(1) Voyez Communications Méd., vol. 1, p. 105.

(1) Voyez traduction allem., par Sœmmering, pag. 150.

cessaire au corps animal : elle manque naturellement chez plusieurs classes d'animaux.

SYMPTÔMES.

On ne connoît pas de symptômes exclusivement propres à l'inflammation des tuniques de la vésicule du fiel : il est probable qu'ils ne diffèrent point de ceux de l'inflammation de l'enveloppe membraneuse du foie.

L'occlusion, soit du canal hépatique, soit du canal cholédoque, produit la jaunisse qui est alors nécessairement permanente, parce que la cause dont elle dépend ne se guérit point. Il seroit très-difficile de distinguer cette jaunisse de celle produite par l'induration du foie dans l'état tuberculeux, attendu que la cause est également persistante dans un cas comme dans l'autre. L'imperméabilité du canal cystique seul ne cause pas la jaunisse, ni aucun inconvénient grave, à moins que la bile, s'accumulant dans la vésicule, n'irrite ses tuniques. Si cela arrivoit, l'in-

flammation et la suppuration pourroient s'en suivre; j'ai vu un ulcère de la vésicule du fiel qui me paroissoit provenir de cette cause.

Aussi long-temps que des calculs biliaires restent dans la vésicule du fiel, sans que rien n'en détermine la sortie par le canal cystique ou par le canal cholédoque, ils causent peu ou point de douleur. Il arrive tous les jours qu'on trouve des calculs biliaires dans la vésicule après la mort, sans que leur existence ait été soupçonnée pendant la vie. Leur passage par les canaux détermine une douleur excessive, qu'on rapporte ordinairement au creux de l'estomac. L'intensité de cette douleur est proportionnelle à la grosseur des calculs, et surpasse toujours celle de l'inflammation des parties les plus sensibles du corps. Les malades poussent les cris de l'angoisse, et donnent à leurs corps les contorsions les plus forcées. Le pouls paroît quelquefois accéléré pendant les accès de cette douleur, mais le plus ordinairement il ne

change pas son rhythme naturel. Le malaise, la langueur et le vomissement accompagnent toujours cet état : la peau en est toujours jaunie plus ou moins.

CHAPITRE XIII.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DE LA RATE.

SECTION PREMIERE.

INFLAMMATION DES TUNIQUES DE LA RATE.

Les tuniques de la rate sont sujettes à s'enflammer ; mais cet effet n'arrive guère que la tunique péritonéale des parties environnantes ne soit atteinte de la même affection. Des rapports si intimes existent entre la capsule propre de la rate et la portion du péritoine qui le recouvre, que cette dernière ne peut être affectée sans que la première ne s'en ressente. Les caractères de l'inflammation de ces parties ne diffèrent point de ceux que nous avons déjà si souvent décrits : nombre des vaisseaux sanguins augmenté, épaississement des membranes, extravasation de la lymphe coagulable sur leur surface.

SECTION II.

ADHÉRENCES.

On trouve plus souvent des adhérences entre la rate et les parties environnantes, que l'état inflammatoire même de cet organe ou de ses annexes. Une membrane blanche, transparente, d'une fermeté plus ou moins grande, constitue ces adhérences, et attache plus ou moins étroitement au diaphragme la large surface de la rate : souvent aussi ces adhérences l'attachent à la grande extrémité de l'estomac et à la portion transverse du colon.

SECTION III.

INFLAMMATION DE LA SUBSTANCE DE LA RATE.

Il est très-rare de voir la substance de la rate enflammée ou en suppuration ; on en a rapporté pourtant quelques observations (1). On cite même quelques exemples

(1) Lieutaud, vol. 1, p. 222.

de la gangrène de cette substance ; mais je crois que ces cas sont encore plus rares (1).

SECTION IV.

LA RATE DEVENUE EXTRÊMEMENT MOLLE.

La mollesse de la rate est si fréquente, qu'on ne peut guère la regarder comme un état pathologique, quoique cet état s'écarte de la texture naturelle. Cette mollesse de la rate est quelquefois telle, que sa substance paroît (après la déchirure de sa capsule, dont la consistance est alors très-foible,) n'être qu'un mucus rougeâtre contenu dans un tissu spongio - fibreux. Cet état de la rate ne se voit presque jamais dans l'enfance ou l'adolescence, mais très-souvent à l'âge moyen et dans la vieillesse. Je ne crois pas qu'aucun sentiment particulier accompagne cet état de la rate, et que les personnes en éprouvent aucune maladie; il me paroît

(1) Lieutaud, vol. 1, p. 223.

probable enfin qu'il en résulte très-peu de dérangement pour l'économie animale en général : il faut remarquer cependant que cet état est morbifique, et non pas celui qu'amène la décadence lente et graduelle du corps humain.

SECTION V.

INDURATION DE LA RATE.

La rate est quelquefois beaucoup plus dure que dans l'état naturel ; son volume est en même temps augmenté pour l'ordinaire, et il l'est en quelques cas au point d'être six fois plus gros que dans l'état de santé. Cette grosseur extrême fait saillie à l'extérieur, en sorte que le simple toucher éclaire sur sa nature pendant la vie. L'incision d'une rate ainsi constituée fait voir que la texture naturelle y est conservée, excepté qu'il y a une compacité plus grande et un rapprochement plus intime des parties.

On a coutume de regarder cet état de la rate comme squirrheux ; mais il ne ressemble pas par sa texture au squirrhe des autres par-

ties : il reste donc à déterminer si cet état appartient véritablement au squirrhe de la rate, ou si l'on doit le regarder comme produit par une maladie particulière. Cette altération de la rate est souvent accompagnée d'un épanchement d'eau dans la cavité abdominale.

SECTION VI.

TUBERCULES DE LA RATE.

J'ai vu un exemple ou deux de tubercules parsemés dans la substance de la rate, et qui ressembloient beaucoup aux tubercules scrophuleux des poumons. Ils étoient séparés les uns des autres par des distances à peu près égales, et ne formoient en aucun cas des masses par leur mélange ou jonction. Je ne me rappelle pas non plus en avoir vu en suppuration.

SECTION VII.

TUNIQUES DE LA RATE CARTILAGINEUSES.

Les tuniques de la rate sont quelquefois converties en cartilage; altération morbi-

fique qui est en quelque sorte propre à ce viscère, ou qu'il subit au moins beaucoup plus souvent qu'aucun autre.

Ce cartilage se trouve ordinairement sur la face convexe de la rate, et en occupe une plus ou moins grande partie. Son épaisseur varie beaucoup dans les différens cas, depuis celle d'une pièce de vingt-quatre sous à une épaisseur quatre fois plus grande. La forme la plus ordinaire est celle d'une couche mince, mais cette forme est souvent irrégulière. En quelques cas que j'ai observés, le cartilage s'étoit formé en petites plaques çà et là sur toute la surface de la rate. Il est vraisemblable que ce cartilage s'ossifie en quelques cas ; mais je n'en ai jamais vu d'exemple (1). Le cartilage dans lequel se changent les tuniques de la rate ne ressemble pas à celui des extrémités des os autant qu'aux cartilages des oreilles et du nez, quoiqu'il soit ordi-

(1) Morgagni a vu une ossification d'une partie de la capsule de la rate ; epist. 10, art. 19; epist. 14, art. 23.

nairement plus blanc. Cette altération morbifique doit être d'un progrès lent, et ne peut guère produire aucun empêchement aux fonctions de la rate; il paroît probable que la personne n'en est avertie par aucun sentiment particulier.

SECTION VIII.

GROSSEUR EXCESSIVE DE LA RATE.

On trouve souvent la rate beaucoup plus grosse que le naturel, mais sans aucune altération de texture; et cela arrive beaucoup plus souvent à ce viscère qu'à aucun autre.

Quoiqu'on puisse regarder cet état de la rate comme un accroissement excessif plutôt que comme une maladie, pourtant il peut incommoder beaucoup en dérangeant les autres viscères par une compression continuelle.

SECTION IX.

HYDATIDES DE LA RATE.

Des hydatides se trouvent quelquefois dans

la rate (1); leur nature est analogue à celle des hydatides du foie, mais le foie en est beaucoup plus souvent affecté.

SECTION X.

CONCRÉTIONS PIERREUSES DE LA RATE.

On a rapporté quelques cas de concrétions pierreuses dans la rate (2); mais ces cas doivent être bien rares : je n'en ai jamais vu d'exemple.

SECTION XI.

RUPTURE DE LA RATE.

On a vu des ruptures de rate à la suite d'un coup ou d'une force comprimante quelconque appliquée extérieurement à la région où est situé cet organe. Lorsque la rate n'a que la grosseur ordinaire, un accident de cette nature ne peut arriver que difficile-

---

(1) Morgagni, epist. 38, art. 34.

(2) Lieutaud, vol. 1, p. 235.

ment

ment, parce que les côtes du côté gauche l'abritent parfaitement; mais si le volume en augmente, en sorte qu'elle descende dans la cavité abdominale, et que ses bords dépassent les côtes inférieurement et antérieurement, sa lésion peut avoir lieu beaucoup plus facilement.

SECTION XII.

PLUSIEURS PETITES RATES.

La conformation primitive de la rate varie d'une manière qui est propre à cette glande. Cette variété de conformation consiste dans un grand nombre de petites rates, outre celle qui est naturelle. Leur grosseur varie beaucoup dans les différens cas; j'en ai vu une qui avoit la grosseur d'une noix. Elles se trouvent situées dans l'épiploon près de la grosse extrémité de l'estomac. L'artère splénique leur fournit du sang qui s'en retourne aussi par la veine splénique; leur texture ne diffère pas de celle de la rate naturelle. Il n'est guère nécessaire d'ajouter que, re-

lativement aux fonctions que remplit la rate, aucune différence ne peut résulter de ce que cet organe consiste en un seul corps ou en plusieurs corps distincts, et plus petits en raison de leur nombre.

SECTION XIII.

NON-EXISTENCE DE LA RATE.

On a rapporté quelques exemples d'un vice de conformation (1), par lequel la rate manquoit absolument; mais ces exemples sont fort rares. Nous savons bien qu'un animal peut non seulement exister, mais jouir d'une bonne santé, sans avoir de rate. On a fait l'expérience d'extirper cette glande à un grand nombre de quadrupèdes, sans qu'ils en fussent incommodés en aucune manière. Il y a des exemples de son extirpation même du corps humain, dans lesquels cette extirpation, loin d'être funeste, n'a pas empêché les

(1) Lieutaud, vol. 1, p. 234.

personnes de jouir de la meilleure santé : il n'est donc pas étonnant que le corps humain soit, en quelques cas, naturellement dépourvu de cet organe, sans qu'aucun défaut se fasse appercevoir dans les fonctions vitales.

SYMPTÔMES.

L'inflammation des tuniques de la rate est caractérisée par les mêmes symptômes que celle de la portion du péritoine qui tapisse l'hypocondre gauche. On éprouve dans cette région une douleur qui est plus ou moins vive suivant l'intensité de l'inflammation, et que la compression rend plus vive encore. Si l'inflammation est très-violente, il y aura une affection générale du système, avec difficulté de respirer, probablement.

Les symptômes qu'on a décrits comme appartenans à l'inflammation de la substance de la rate, sont la douleur de l'hypocondre gauche et une plénitude qu'on sent dans cette partie ; la douleur augmente par la compression, et le système éprouve cette affection générale qu'on nomme fièvre symp-

tomatique. En deux cas d'une inflammation de rate qui se termina par suppuration, et dont les suites furent examinées par feu le docteur Jean Hunter, les sujets ne pouvoient rapporter leur douleur à aucun siége particulier et bien déterminé; cette douleur leur paroissoit errer par toute la cavité de l'abdomen. Il vaudroit bien la peine de décider si ce seroit là un caractère constant de l'inflammation de la rate; mais heureusement la rareté de cette maladie doit reculer à une époque bien éloignée toute certitude sur ce sujet.

L'induration et l'accroissement de la rate ne se font pas appercevoir, ni même soupçonner, jusqu'à ce que le progrès même de la maladie fasse sentir à l'extérieur ces altérations, et en décèle la nature. Cet état pathologique n'est pas ordinairement accompagné de douleur, et peut même supporter une compression assez forte sans aucune sensation douloureuse. La situation et la forme de la tumeur décident de sa na-

ture, lorsque l'accroissement de la rate a gagné un certain point. On peut facilement distinguer alors son bord antérieur, en appliquant la main sur la surface de l'abdomen, sous les extrémités des côtes du côté gauche : souvent aussi on distingue, par cet examen, des échancrures de ce bord ; cet état de la rate entraîne souvent à la longue l'hydropisie.

La formation des hydatides dans la rate n'est pas caractérisée par des symptômes particuliers. Il est vrai qu'on éprouve dans ces cas une douleur dans l'hypocondre gauche, mais la douleur étant le symptôme commun de presque toutes ces affections, ainsi que de celles des autres parties, elle ne peut pas servir au diagnostique. Lorsqu'une intumescence, qui est molle au toucher, se fait sentir à l'hypocondre gauche, et qu'elle s'étend lentement dans la cavité abdominale, donnant en même temps un sentiment obscur de fluctuation, il y a tout lieu de croire qu'elle est due à une formation d'hydatides dans la rate.

CHAPITRE XIV.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DU PANCRÉAS.

Le pancréas est sujet à très-peu d'affections morbifiques, et sa texture se trouve rarement altérée à l'ouverture des cadavres.

SECTION PREMIÈRE.

INFLAMMATION DU PANCRÉAS.

Le pancréas n'est affecté d'inflammation que très-rarement; je l'ai vu abcédé une fois seulement : il étoit alors beaucoup plus gros que dans l'état sain, et contenoit beaucoup de pus liquide.

SECTION II.

INDURATION DU PANCRÉAS.

Il n'est pas rare de trouver le pancréas fort endurci; il est en même temps plus

épais et plus court que dans l'état sain; il ne paroît pas cependant, à la vue, très-altéré dans sa texture : je crois que cet état n'est que le commencement du squirrhe véritable du pancréas. Rarement, il est vrai, l'état squirrheux existe en même temps; j'en ai vu pourtant des exemples, et c'est ce qui me décide à croire l'un le commencement de l'autre. Lorsqu'une portion quelconque du pancréas se trouve dans l'état squirrheux, elle a perdu entièrement sa texture naturelle, elle est convertie en une masse dure, uniforme, réticulée par une membrane, ressemblant en tout au squirrhe des autres parties du corps; dans quelques cas de cette nature, on l'a trouvée d'un volume excédant le naturel.

SECTION III.

CALCULS DU PANCRÉAS.

Des calculs se forment quelquefois dans les canaux du pancréas; j'en ai vu un exemple seulement. Dans ce cas, les calculs avoient la grosseur d'une amande de noisette, d'une

surface très-irrégulière, et d'une couleur blanche : un de ces calculs, mis dans l'acide muriatique, s'y est dissous en laissant dégager beaucoup d'air.

Ces calculs différoient donc beaucoup des calculs urinaires. Il est probable que le pancréas peut donner naissance à des calculs dont la nature seroit différente d'un cas à un autre, comme cela arrive en d'autres parties du corps humain ; mais cette maladie étant très-peu fréquente, il faut attendre longtemps pour décider sur ce point.

SECTION IV.

NON-EXISTENCE DU PANCRÉAS.

On rapporte que le pancréas n'existe pas du tout en quelques cas de conformation défectueuse (1).

SYMPTÔMES.

Je n'ai eu qu'une seule occasion de voir l'abcès du pancréas ; c'étoit dans un jeune

(1) Lieutaud, vol. 1, p. 247.

homme de vingt ans. Il ne se plaignoit pas d'une douleur fixe à la région du pancréas, mais bien d'une douleur assez intense en plusieurs parties de l'abdomen : il y avoit en même temps des contractions spasmodiques du canal intestinal, qui renfermoit de l'air ramassé en globes ; les muscles abdominaux étoient aussi agités de contractions spasmodiques ; le malade éprouvoit un dérangement et une distension d'estomac, surtout après avoir mangé, et l'aliment y déterminoit un sentiment de pesanteur. Il alloit souvent à la selle, urinoit peu, et devint hydropique à la fin. Son pouls étoit ordinairement à quatre-vingt (1). En quelques cas d'abcès du pancréas décrits dans les livres, je trouve que les personnes se plaignoient d'une douleur au dos et aux lombes ; mais il ne paroît pas qu'elles eussent aucun symptôme particulier.

L'induration du pancréas n'est pas ca-

(1) Je suis redevable au docteur Heberden de la connoissance de ces symptômes.

ractérisée, à ce que je crois, par une douleur bien marquée ; mais il arrive que le pancréas augmente de volume en même temps qu'il s'endurcit, et qu'il passe ainsi, quoique rarement, à l'état squirrheux; dans ces sortes de cas, il y a une douleur fixe et persistante à la région épigastrique, avec dérangement de l'estomac. Dans un cas, dont j'ai seulement entendu parler, il y avoit, outre ces symptômes, une douleur aux hanches, avec engourdissement de la cuisse et de la jambe, d'un côté.

Je ne connois pas les symptômes que détermine la formation des calculs dans le pancréas. Si les calculs étoient lisses et peu nombreux, il n'en résulteroit probablement que très-peu de douleur ou d'inconvénient ; mais au contraire, s'ils étoient nombreux, et qu'ils eussent la surface âpre, ils produiroient nécessairement beaucoup d'irritation et de douleur, à moins que quelques uns des calculs, entrant dans le duodénum, ne fussent rejetés par les selles.

CHAPITRE XV.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DES REINS ET DES CAPSULES RENALES.

SECTION PREMIÈRE.

INFLAMMATION DE LA CAPSULE RÉNALE.

Je ne me rappelle pas d'avoir vu aucune affection inflammatoire de la capsule propre des reins, et je crois que l'inflammation de cette membrane n'a lieu que rarement; la raison en est probablement que la portion du péritoine qui est réfléchie sur les reins ne leur adhère pas intimement, et qu'il existe entr'eux beaucoup de tissu cellulaire et de graisse; comme il paroît probable de l'autre côté que les capsules de quelques autres glandes de l'abdomen ne s'enflamment si souvent qu'à cause de l'étroite liaison qu'elles ont avec cette membrane que l'on sait être,

par des raisons qu'on ne connoît pas, très-sujette à s'enflammer. L'inflammation des capsules des reins est caractérisée par les circonstances que nous avons déjà si souvent décrites.

SECTION II.

ABCÈS DES REINS.

L'inflammation de la substance des reins se termine le plus souvent par la suppuration, et nulle autre des grosses glandes du corps ne donne lieu si souvent à la formation d'abcès.

Dans quelques uns des cas de cette nature, que j'ai vus, les abcès me parurent n'être qu'une simple suppuration; mais dans le plus grand nombre ils étoient scrophuleux.

Lorsque les reins se trouvent atteints de scrophules, et que la maladie s'est avancée vers la suppuration, leur apparence varie suivant que cet état est plus ou moins avancé. Quelquefois ce n'est qu'un abcès ou deux circonscrits, et contenant un pus grume-

leux (caillé), sans qu'on apperçoive rien de particulier sur la surface interne de ces abcès. En beaucoup de cas cependant, cette surface est tapissée d'une substance pulpeuse. Ces abcès détruisent ordinairement, d'abord la portion mamelonée des reins, et ensuite, par un progrès ultérieur, tout le parenchyme de cet organe; ils le convertissent en une capsule qui ne renferme que la matière pulpeuse qui la tapisse.

La capsule dans laquelle se change les reins par le progrès de cette maladie est plus épaisse en quelque cas qu'en d'autres ; souvent aussi elle est d'une dureté considérable, et quelquefois lamelleuse. Lorsqu'un rein s'affecte ainsi, il arrive le plus ordinairement que le bassinet et l'uretère s'en ressentent, et qu'un calcul se forme dans l'abcès ou dans le bassinet ou dans l'uretère (1).

---

(1) Il est probable que dans ces cas, le calcul est la cause occasionnelle de la maladie à laquelle la constitution avoit été disposée. L'inflammation et la suppuration sont déterminées par l'irritation du calcul, et la prédisposition du système détermine la nature de la suppuration.

SECTION III.

TUBERCULES SCROPHULEUX DES REINS.

Il n'est pas rare de voir des tumeurs scrophuleuses dans les reins, comme nous l'avons dit plus haut ; mais il n'en est pas de même des tubercules scrophuleux dont l'existence dans les reins est très-peu fréquente : j'en ai vu cependant un exemple dans lequel les tubercules ressembloient à ceux des poumons ; il n'y en avoit aucun en suppuration.

SECTION IV.

SQUIRRHE DES REINS.

J'ai vu un des reins, une fois seulement, converti en une substance ferme, d'une couleur brunâtre, uniforme, entrecoupée par un tissu membraneux, et sans aucune trace de la texture primitive de cet organe; son volume en même temps étoit fort augmenté. Je nomme cet état-là le squirrhe des reins, parce qu'il ressemble parfaitement au squirrhe des autres parties; mais les reins sont très-rarement le siége d'une affection de ce genre.

SECTION V.

ÉTAT DES REINS DANS LE DIABÉTÈS.

On ne trouve pas souvent l'occasion d'examiner l'état des reins à la suite de cette maladie. L'occasion s'en est pourtant présentée à moi de la manière la plus satisfaisante, dans l'hôpital de Saint-Georges, où j'ai donné mes soins à une personne qui en étoit affectée. Les veines des deux reins étoient beaucoup plus remplies de sang que dans l'état naturel, et formoient sur leur surface un tissu réticulaire des plus beaux; toute la substance des reins étoit beaucoup plus vasculaire que dans l'état sain, et présentoit à peu près l'aspect inflammatoire. Il y avoit dans l'un et dans l'autre un liquide blanchâtre ressemblant à du pus, mais sans aucune trace d'ulcération; l'artère, les veines, et les vaisseaux lymphatiques de tous les deux, étoient dans l'état sain et naturel. J'examinai en même temps avec beaucoup de soin le foie, parce qu'on l'avoit soupçonné d'être la source principale du diabétès; mais je le trouvai

parfaitement sain ; l'estomac et les intestins furent aussi examinés avec une attention très-scrupuleuse, mais je n'y trouvai rien d'extraordinaire. Il m'a paru probable, d'après un examen attentif des reins, que le diabétès dépend du dérangement de l'action sécrétoire des reins, par laquelle le sang y est disposé à de nouvelles combinaisons. Le résultat de ces combinaisons est la production d'une matière sucrée ; il me paroît aussi probable que le chyle s'élabore mal en même temps, et que ce défaut ou dérangement de la chylification dispose le sang à se convertir en matière sucrée par l'action morbifique des reins; ce n'est pourtant qu'avec beaucoup de défiance que je me permets d'émettre cette opinion.

SECTION VI.

LES REINS RAMOLLIS.

J'ai observé les reins convertis en une masse mollasse, peu consistante, ressemblant parfaitement à de l'éponge ordinaire. Leur

Leur surface présentoit plusieurs cavités rondes avec des interstices petits et à peu près égaux; en l'incisant on voyoit la texture à l'intérieur. Les ramifications des vaisseaux sanguins des reins étoient assez distinctes dans cette masse spongieuse. Il n'y avoit point de pus, ni la moindre apparence de suppuration; l'action morbifique différoit totalement de celle de la suppuration, et consistoit probablement en une énergie excessive et désordonnée des vaisseaux absorbans, laquelle avoit consumé une portion considérable de la substance des reins, de leur substance corticale plus que de leur substance tubuleuse. Je répète que je n'exagère point en disant que la substance des reins avoit dans ce cas la mollesse d'une éponge ordinaire. Ce tissu altéré des reins se séparoit en lambeaux minces par la simple agitation dans de l'eau, à peu près comme le feroient les extrémités entortillées des vaisseaux sanguins du placenta; j'ai vu deux ou trois exemples de cette altération pathologique, dans un moindre degré.

SECTION VII.

HYDATIDES DES REINS.

Des hydatides se rencontrent assez souvent dans les reins : souvent une seule ou deux grosses hydatides se trouvent dans la capsule et la substance des reins; d'autres fois elles sont beaucoup plus nombreuses. Ces hydatides ne me paroissent pas être de la même nature que celles du foie. Elles ne sont pas contenues dans des kystes forts ; leurs tuniques sont plus minces et moins pulpeuses ; souvent même leur épaisseur n'excède pas celle de la plus mince membrane du corps. Je ne me rappelle pas d'avoir vu de petites hydatides de cette nature attachées à de plus grosses, comme cela a souvent lieu dans le foie : il est donc probable que les hydatides qu'on trouve ordinairement dans les reins résultent d'une altération maladive des parties, et non pas d'une organisation particulière d'animaux simples et distincts.

En quelques cas, cependant, la vraie hydatide se forme dans les reins, et ne présente

aucune différence d'avec celle du foie. J'ai profité d'une occasion qui s'est présentée d'examiner, avec la plus grande attention, un cas de cette nature après la mort, et je décrirai ici, en détail, cette observation. Le kyste avoit une épaisseur considérable, une structure lamelleuse, et une dureté cartilagineuse sur sa surface intérieure. Les hydatides, dont il contenoit un grand nombre, différoient pour la grosseur depuis celle d'une petite orange jusqu'à celle d'une tête d'épingle. Quelques unes des petites hydatides se trouvoient logées dans de petites cavités formées dans la surface interne du grand kyste; leurs tuniques étoient facilement séparables en deux lames, et varioient beaucoup par l'épaisseur, d'une hydatide à une autre. A cause de cette différence, quelques unes paroissoient transparentes et les autres opaques, et souvent la transparence ou l'opacité différoient d'une partie à une autre de la tunique de la même hydatide. Quelques unes avoient des groupes d'hydatides plus petites adhérentes à leur surface interne, qui ressembloient au premier aspect à des perles; d'autres con-

tenoient des hydatides d'une grosseur considérable flottant dans leurs cavités; d'autres, enfin, contenoient un corps liquide seulement, transparent en quelques unes, mais qui ressembloit en d'autres à du petit lait. Quelques unes des plus petites hydatides avoient été charriées par l'urine pendant la vie. Il falloit une forte action musculaire pour les pousser par l'urètre; et la vessie, comme dans d'autres cas d'obstruction, acquit par cette action une tunique musculaire plus forte (1).

SECTION VIII.

CALCULS DES REINS.

La formation des calculs n'est pas exclusivement propre aux reins, mais ils sont le siége de cette maladie plus souvent qu'aucune autre partie du corps. On trouve souvent des grains calculeux dans la portion tu-

(1) M. Rose, jeune chirurgien industrieux, m'a fourni l'occasion d'examiner cette altération pathologique : je lui suis redevable de plusieurs préparations pathologiques.

buleuse du rein, qui peuvent être avec ou sans inflammation; mais il est plus fréquent de trouver un gros calcul logé dans la substance du rein ou dans le bassinet de l'uretère.

L'uretère en est le plus souvent le siége; et lorsque le calcul est trop gros pour passer par ce canal, il prend de l'accroissement par le contact continuel de l'urine, en suivant les ramifications du bassinet, qu'on nomme entonnoirs, et en prenant par conséquent une forme arborescente. Ces calculs varient beaucoup en couleur et en surface : ils sont quelquefois d'un brun léger, quelquefois d'un brun foncé, et d'autres fois d'une couleur blanchâtre; leur surface peut être unie ou âpre. Pour la nature des calculs, nous en traiterons lorsque nous en serons aux états pathologiques de la vessie. Lorsqu'un calcul dans le bassinet a acquis une certaine grosseur, il empêche presque entièrement le passage de l'urine par l'uretère : l'urine s'accumule donc dans le bassinet au dessus du calcul, l'agrandit beaucoup, ainsi que la cavité même du rein. La distension qu'exerce

l'urine derrière le calcul élargit non seulement le bassinet de l'uretère, mais le pousse en dehors et le fait déborder la substance du rein. Si l'empêchement au passage de l'urine tient à quelque obstruction à l'extrémité inférieure de l'uretère, ou au col de la vessie, ou dans l'urètre même, alors non seulement le bassinet est augmenté de capacité, mais encore l'uretère. J'ai vu les deux uretères augmenter jusqu'à deux fois leur capacité naturelle. Si le bassinet de l'uretère est considérablement augmenté, quelle qu'en soit la cause, la cavité du rein s'augmente en même temps. Suivant que cet état s'empire, la substance du rein devient de plus en plus comprimée, et sa cavité s'augmente en proportion. La substance du rein disparoît enfin, et il ne reste de cet organe qu'une capsule qui contient un nombre de cellules communiquant l'une avec l'autre. Cette capsule est souvent très-mince, et d'un volume excédant de beaucoup celui du rein dans son état naturel. Une chose bien digne de remarque est que la sécrétion de l'urine ait lieu lors même que le rein est tout-à-fait désorganisé,

comme on le voit dans le cas dont il s'agit ici, ainsi que dans le cas où les reins se trouvent convertis en une masse d'hydatides. Il semble, d'après ces faits, qu'une très-petite portion de la texture naturelle des reins suffit pour opérer la sécrétion de l'urine, ou bien que cette sécrétion peut avoir lieu par un appareil tout-à-fait différent. Sans rien affirmer là-dessus, nous nous permettrons seulement de dire que l'urine n'étant qu'un simple fluide excrémentiel, a besoin seulement d'être séparée du sang, sans subir aucune de ces opérations ou de ces combinaisons dont peuvent avoir besoin d'autres fluides sécrétés; et cette séparation peut se faire par un appareil plus simple, et dans des circonstances plus variées que ne le peut la sécrétion d'autres fluides d'une nature plus compliquée.

SECTION IX.

DÉGÉNÉRESCENCE DES REINS EN MATIÈRE OSSEUSE OU TERREUSE.

On a rapporté la dégénérescence terreuse

des reins (1); l'ossification d'un rein a aussi été décrit (2), mais aucun de ces cas ne s'est présenté à mon observation ; ils doivent être regardés comme bien rares.

SECTION X.

VARIÉTÉS DE CONFORMATION PRIMITIVE DES REINS.

La nature se permet une certaine latitude dans la conformation primitive des reins, qui les fait varier beaucoup. Quelquefois les deux reins sont réunis en un seul corps qui peut se trouver situé au devant des vertèbres lombaires, ou bien d'un côté ou de l'autre du bassin ; d'autres fois leur volume est très-petit, et souvent il n'y en a qu'un seul : dans ce dernier cas, le rein unique est d'un volume beaucoup plus considérable que dans l'état ordinaire.

Il seroit bien difficile d'assigner la raison de cette variété dans la conformation primitive des reins, mais l'expérience nous ap-

---

(1) Lieutaud, vol. 1, p. 282.

(2) Communications méd., vol. I, p. 416.

prend qu'il en résulte très-peu d'inconvénient pour l'exercice des fonctions.

La petitesse naturelle des reins leur permet une variété de situation, sans qu'aucun autre dérangement s'ensuive, et toute situation leur est égale, parce que leurs fonctions n'en dépendent nullement.

Lorsque les reins n'ont pas leur volume naturel, leur activité peut suppléer à leur petitesse, ou bien les personnes peuvent suer plus que les autres pour suppléer au défaut d'urine; car nous savons bien que les sécrétions de la sueur et de l'urine, se remplacent l'une l'autre.

Lorsqu'il n'existe qu'un seul rein, il est probable que, par son plus grand volume, il peut faire la fonction des deux.

SECTION XI.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DES CAPSULES RÉNALES.

On ne voit presque jamais d'altération maladive des capsules rénales. La substance noire de leur centre perd quelquefois de sa consistance naturelle, et prend une mollesse

contre nature, au point de devenir presque diffluente; c'est de quoi parlent probablement les auteurs qui disent avoir trouvé dans les capsules rénales un fluide comme de l'encre. Cette comparaison outrepasse la vérité.

SECTION XII.

ABCÈS DES CAPSULES RÉNALES.

Les capsules rénales sont très-peu sujettes à s'enflammer, et l'on n'y doit trouver, par conséquent, des abcès que très-rarement. Il existe beaucoup de différence entre les différentes parties du corps humain, quant à leur susceptibilité de s'enflammer. Les auteurs ont rapporté quelques cas d'abcès des capsules rénales.

SECTION XIII.

SCROPHULES DES CAPSULES RÉNALES.

Il ne m'est arrivé de voir qu'un seul cas de cette nature, dans lequel la capsule rénale affectée étoit considérablement augmentée en volume, et avoit acquis la grosseur à peu près d'un rein. Sa substance avoit été con-

vertie en une matière blanche, ressemblant à celle qu'on trouve dans une glande absorbante devenue scrophuleuse : une autre altération pathologique des capsules rénales, par laquelle elles ont été converties en cartilage, a été aussi observée ; mais ce cas est peu fréquent (1).

De petits grains calculeux ont été trouvés dans la substance des capsules (2).

SYMPTÔMES.

L'inflammation des reins y détermine une douleur plus ou moins grande, qui se fait sentir quelquefois par des élancemens tout le long des uretères ; il y a en même temps un engourdissement de la cuisse, et chez le mâle rétraction et douleur du testicule. S'il n'y a qu'un seul rein d'affecté, ces symptômes existent seulement du côté malade. On éprouve fréquemment le besoin d'uriner, et l'urine est souvent pâle, mais plus souvent encore d'un rouge foncé. Ce désordre des

(1) *Voyez* trad. allem., par Sœmmering, p. 173.
(2) *Voyez* Lieutaud, vol. I, p. 236.

reins affecte l'estomac sympathiquement, d'où résultent des nausées et le vomissement: souvent aussi la constipation, et des douleurs de colique compliquent la maladie; et l'affection générale d'une fièvre symptomatique l'accompagne toujours. Aussitôt que la suppuration commence, l'urine est mélangée de pus; ce qui éclaire sur le progrès et la nature du mal.

Je ne connois pas les symptômes de l'état squirrheux des reins; les auteurs ne les ont pas bien distingués.

Il semble qu'il n'y ait point de symptôme qui caractérise la formation des hydatides dans les reins; la douleur des lombes, la fièvre symptomatique, les nausées et le vomissement n'en peuvent pas être regardés comme des symptômes caractéristiques, puisqu'ils appartiennent également à d'autres maladies. On n'est donc assuré de la nature de la maladie que par la sortie de quelques hyda-

tides par l'urètre. L'évacuation de l'urine doit nécessairement éprouver quelques obstacles par le séjour d'une de ces hydatides au col de la vessie, ou dans quelque point de l'urètre.

Les symptômes de l'irritation qui excite des calculs dans les reins ne diffèrent guère de ceux produits par l'inflammation de ces organes. Cette irritation peut être distinguée, cependant, de la simple inflammation par quelques symptômes qui n'existent pas dans ce dernier cas, savoir par des cristaux rouges charriés avec l'urine, par un mélange de sang dans ce fluide, par l'aggravation de la douleur des lombes que détermine un mouvement du corps avec secousse.

Le diabétès est caractérisé par une urine surabondante, par sa saveur plus ou moins douce, et sa couleur ressemblant à du petit lait. Il y a soif et faim excessive ; le pouls bat plus vite que dans l'état naturel, et le corps s'émacie.

CHAPITRE XVI.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DE LA VESSIE.

SECTION PREMIÈRE.

INFLAMMATION DE LA TUNIQUE PÉRITONÉALE DE LA VESSIE.

Cette portion du péritoine qui revêt la vessie n'est pas très-souvent enflammée idiopathiquement; elle n'est pas non plus exempte de cette affection de la membrane péritonéale en général, dont nous avons déjà parlé. L'inflammation de la tunique péritonéale de la vessie ne s'étend pas souvent à la tunique musculaire. Ces deux tuniques n'ont pas des rapports très-intimes l'une avec l'autre, car il se trouve beaucoup de tissu cellulaire interposé; les fonctions de l'organe demandent cette disposition, afin que la tunique péritonéale puisse s'accommoder aux états de plénitude ou de vacuité de la vessie. Un autre avantage encore qui résulte

de cette disposition, c'est que l'inflammation s'étend difficilement du péritoine à la tunique musculaire; les suites presque constantes de cette inflammation sont des adhérences qui attachent la vessie plus ou moins étroitement aux parties environnantes à la matrice chez la femme, et au rectum chez l'homme.

SECTION II.

INFLAMMATION DE LA MEMBRANE INTERNE.

La membrane interne de la vessie est sujette à s'enflammer; elle peut l'être dans toute son étendue ou dans un point limité, comme cela a souvent lieu près de son col. La plus grande fréquence de l'inflammation de cette partie est déterminée par deux causes: la première consiste dans les obstructions au passage de l'urine dont le siége le plus fréquent est dans le voisinage du col de la vessie; ces obstructions peuvent produire de l'irritation et de l'inflammation: l'autre cause est l'inflammation de l'urètre qui peut s'étendre dans la cavité de la vessie, ou même sur

toute sa surface interne. On sait bien que dans le cadavre la membrane interne de la vessie n'offre pas à l'inspection des vaisseaux capables d'admettre du sang rouge dans son état naturel; mais l'état inflammatoire y crée ou décèle un nombre prodigieux de vaisseaux sanguins d'une grande ténuité, et l'on y voit aussi quelques taches de sang extravasé. Si l'inflammation est très-forte, la tunique musculaire peut s'en ressentir; mais la connexion peu intime de ces deux tuniques s'y oppose toujours, et l'empêche en effet pour l'ordinaire.

SECTION III.

ULCÈRES.

L'inflammation de la membrane interne de la vessie aboutit quelquefois à la suppuration, et en quelques cas à une formation d'abcès ou d'ulcères; ces suites de l'inflammation ordinaire ne diffèrent pas de celles que nous avons déjà si souvent décrites. Leur intensité suffit quelquefois pour consumer entièrement une portion de la vessie,

vessie, et pour établir ainsi une communication avec les parties environnantes, comme la cavité de l'abdomen, ou avec le rectum chez l'homme, ou le vagin chez la femme.

Lorsque la communication a lieu avec l'abdomen, l'urine y passe et détermine l'inflammation générale du péritoine dont j'ai vu un exemple frappant. Si la vessie s'ouvre dans le rectum ou dans le vagin, l'urine y passe également, et détermine l'irritation et l'inflammation de ces parties.

Les abcès de la vessie proviennent d'une violence locale, plus souvent que d'une inflammation spontanée et préalable; la plus fréquente de ces causes locales est l'opération de la lithotomie. Si les parties ont été très-irritées pendant l'opération, ou que la constitution soit telle, que le degré ordinaire d'irritation y détermine une action violente, les lèvres de la plaie s'ulcèrent dans ces circonstances, et cette affection s'étend plus ou moins dans la cavité de la vessie.

Il arrive quelquefois, mais rarement, je crois, que la membrane interne de la vessie

se trouve totalement détruite par ulcération, et que les fibres de la tunique musculaire sont rendues aussi visibles et aussi distinctes que pourroit le faire la dissection la plus fine. Dans le cas le mieux marqué de cette nature, que je me rappelle d'avoir vu, la vessie étoit remplie d'un pus scrophuleux : il y avoit une matière blanche, comme caillée, mélangée avec le pus ; cette matière ressembloit parfaitement à celle formée par une glande absorbante scrophuleuse.

SECTION IV.

SQUIRRHE ET CANCER.

La contiguité de la vessie avec quelques parties sujettes au squirrhe et au cancer, est la presque unique cause de ces affections dans cet organe ; car je crois qu'elle ne l'est isolément ou idiopathiquement que très-rarement. Le mal squirrheux ou cancéreux peut s'étendre du rectum ou de la matrice à la vessie, et lorsque cette communication morbifique a lieu, la vessie acquiert de l'épaisseur et de la dureté ; elle présente

enfin tous les caractères de l'affection cancéreuse : des communications s'établissent souvent dans ces circonstances avec le rectum, le vagin ou la matrice.

SECTION V.

EXCROISSANCES FONGUEUSES.

Des excroissances fongueuses s'élèvent quelquefois de la surface interne de la vessie en une seule masse ou en portions séparées ; leur texture est lâche et fibreuse : leur situation un peu derrière le col de la vessie, qui est la plus fréquente, doit nécessairement offrir une grande obstruction au passage de l'urine : il faut donc dans ces circonstances de plus grands efforts de la part de la vessie, et sa tunique musculaire doit s'épaissir; en effet on la trouve souvent dans cet état. Dans le cas où ces fongus n'offrent aucune obstruction au passage de l'urine, il est possible qu'une irritation continuelle, excitée par leur présence, détermine une action plus forte et plus fréquente de la tunique

musculaire, et produise ainsi son épaississement.

SECTION VI.

POLYPE DE LA VESSIE.

Un polype naît quelquefois de la surface interne de la vessie, mais ce phénomène est bien rare : je n'en ai vu qu'un seul exemple, et dans ce cas la vessie en étoit presque remplie ; sa forme étoit très-irrégulière, et composée de prolongemens distincts ; sa texture étoit fibreuse et assez ferme.

SECTION VII.

PROLONGEMENS DE LA MEMBRANE INTERNE.

J'ai vu la membrane interne de la vessie s'étendre en plusieurs prolongemens irréguliers. La dissection de ces prolongemens y fit voir seulement du tissu cellulaire et un peu de graisse : il est probable qu'ils s'étoient formés lentement et sans aucune douleur. S'ils étoient situés près du col de la vessie, on voit bien l'inconvénient qui en pourroit résulter, et comment même l'obstruction au

passage de l'urine pourroit mener à une maladie mortelle ; mais situés dans toute autre partie de la vessie, ils n'exposent à aucun mal probable.

SECTION VIII.

DES KYSTES EN COMMUNICATION AVEC LA VESSIE.

On trouve quelquefois des kystes très-intimement liés à la vessie, et communiquant avec sa cavité. Ces kystes varient par leur grosseur, les plus gros égalant en volume la moitié de la vessie. Il y a beaucoup de difficultés à imaginer la manière de leur formation, plus encore la cause déterminante. Dans la supposition qu'ils se soient formés dans la membrane cellulaire extérieure de la vessie, comment expliquer leur communication à l'intérieur de cet organe, sans ulcération dont il n'existe aucune trace ? Dans la supposition que ce soient des poches formées aux dépens de la vessie même, la cause de leur formation et de leur accroissement reste encore à expliquer : la dernière supposition paroît au reste la plus vraisemblable, et je

crois qu'elle seule est admissible dans le plus grand nombre de cas.

SECTION IX.

ÉPAISSISSEMENT DE LA TUNIQUE MUSCULAIRE.

La plus fréquente altération de la texture naturelle de la vessie est l'épaississement de sa tunique musculaire. Dans l'état sain, et lorque la vessie se trouve modérément distendue, cette tunique paroît formée de couches minces de fibres musculaires dont la direction est variée ; l'épaisseur totale de ces couches ne me paroît pas excéder un quart de ligne, mais souvent cette même tunique acquiert jusqu'à cinq lignes d'épaisseur. Cet accroissement provient de la formation d'une substance musculaire additionnelle, par l'exercice plus énergique de sa faculté contractile. Ces efforts de contraction ont lieu toutes les fois qu'on éprouve une difficulté d'uriner, comme lorsque la glande prostate se trouve enflée, et qu'il y a des calculs dans la vessie ou constriction dans l'urètre : il est donc ordinaire de trouver la tunique mus-

culaire épaissie toutes les fois que l'une ou l'autre de ces maladies existe. En même temps que cette tunique s'épaissit, les faisceaux musculaires dont elle est composée grossissent, mais ne prennent jamais ou presque jamais la belle couleur rouge des muscles de quelques autres parties du corps. Cette circonstance fait exception à une loi générale que la nature paroît s'être imposée relativement à l'accroissement des muscles par l'exercice ; tous les autres muscles prennent une couleur rouge foncée en même temps qu'ils augmentent de volume par l'exercice. Une autre circonstance qui distingue les fibres musculaires de la vessie, est qu'aucun muscle du corps humain n'augmente autant que la tunique musculaire de la vessie par l'exercice de sa faculté contractile.

La membrane interne se forme en petites poches entre les faisceaux musculaires ; cet effet a lieu par l'impulsion communiquée à l'urine par la force expultrice de la tunique ; ces poches sont souvent assez larges pour admettre le bout du doigt, et servent en quelques cas à loger des calculs. La vessie ainsi

constituée n'est susceptible que d'une très-légère distension, et impose par conséquent le besoin d'uriner souvent; ce fréquent exercice de la vessie épaissit encore davantage sa tunique musculaire, et aggrave le mal. On voit cet état de la vessie chez l'homme beaucoup plus souvent que chez la femme, parce qu'elle n'a point de glande prostate, et que l'urètre, à cause de sa largeur et de son court trajet, est moins sujet à tout genre d'obstruction. Je soupçonne que l'épaississement de la tunique musculaire, tel que nous venons de le décrire, a été quelquefois pris pour l'état squirrheux.

SECTION X.

LA VESSIE PARTAGÉE EN DEUX CHAMBRES.

On a observé la vessie urinaire divisée en deux chambres qui communiquoient l'une avec l'autre. Cette conformation est assez rare; je n'ai pas eu moi-même l'occasion de voir cette maladie curieuse, mais j'ai reçu du docteur Ash l'histoire d'un cas de cette nature, qu'il avoit observé il y a beaucoup

d'années. Dans ce cas, la chambre supérieure étoit habituellement distendue par de l'urine, en sorte qu'une tumeur ronde se faisoit appercevoir au dessus du pubis. L'introduction de la sonde faisoit évacuer quelques onces d'urine, sans pourtant diminuer cette tumeur; mais lorsque le malade se mettoit debout, il s'écouloit une pinte d'urine : la tumeur au dessus du pubis diminuoit beaucoup, et le malade éprouvoit un soulagement passager. On trouva après la mort que la vessie avoit été divisée en deux chambres par une substance membraneuse forte, et que l'ouverture de communication avoit été à peu près fermée.

Je ne puis former que deux hypothèses pour expliquer la formation de cette double chambre de la vessie : l'une est l'accroissement contre nature de la membrane interne, faisant saillie d'abord dans l'intérieur de la vessie, et s'étendant graduellement au point d'établir une cloison parfaite. J'ai vu le calibre de l'œsophage très-rétréci par une saillie permanente de cette nature de sa membrane interne; j'ai vu aussi quelque chose

d'analogue dans l'intestin grêle : nous pouvons donc, d'après l'analogie, admettre la possibilité de la même cause dans la vessie. La contraction violente des fibres musculaires transverses fournit l'autre hypothèse; et l'analogie avec la matrice, qui se contracte souvent en forme de sablier, donne beaucoup de vraisemblance à cette dernière. Lorsque la maladie de la vessie dont il s'agit n'a été que passagère, on peut l'attribuer avec beaucoup de probabilité à cette contraction; lorsqu'au contraire elle est permanente, l'accroissement contre nature de la membrane interne l'explique avec plus de probabilité.

SECTION XI.

CALCULS.

La formation de calculs dans la vessie n'est le partage d'aucune époque particulière de la vie, et n'a lieu que trop souvent dans toutes. On les trouve chez les jeunes enfans, dans l'âge moyen et dans la vieillesse, plus rarement cependant dans la femme que dans l'homme; différence qui tient à deux causes :

savoir, une disposition moins forte à leur formation, et la largeur plus grande du canal de l'urètre qui donne passage à des calculs qui, retenus chez l'homme, se seroient accrus par des accrétions ultérieures.

Les calculs de la vessie y prennent naissance ; ou, formés primitivement dans les reins, ils descendent par les uretères dans la vessie. Dans le premier cas, un corps étranger sert souvent de noyau aux concrétions calculeuses, mais plus souvent encore on ne trouve point de noyau.

Les noyaux de cette nature que j'ai trouvés ont été des morceaux de plomb (des bouts de sonde probablement), de petits clous, ou des poils : un corps quelconque, quelle qu'en soit la nature, parvenu dans la vessie, y peut devenir le noyau d'un calcul. Il est probable que des calculs sont déterminés plus souvent chez les femmes que chez les hommes par cette cause, parce que leur urètre prête plus facilement à l'introduction de corps étrangers.

Les calculs de la vessie peuvent y être

libres, ou retenus toujours dans les mêmes points par des causes particulières ; les petits calculs sont souvent logés dans les poches de la membrane interne que nous avons dit être formées entre les faisceaux des fibres musculaires ; une excroissance de la vessie peut être encore le moyen de retenir un calcul toujours dans la même situation.

Il n'y a le plus souvent dans la vessie qu'un seul calcul, dont la forme la plus ordinaire est l'ovale ; mais souvent il y en a plusieurs, qui deviennent par là angulaires et aplatis sur les côtés ; quelques calculs ont la surface lisse et uniforme, mais le plus grand nombre l'ont granulée. Ces petits grains placés les uns près des autres sur toute la surface du calcul lui donnent une grande âpreté ; en quelques cas cependant ces grains sont ramassés en grouppes, et occupent alors des portions distinctes de la surface du calcul ; ils varient aussi pour la grosseur ainsi que par une saillie plus ou moins grande ; quelques calculs ont la surface irrégulièrement poreuse, au lieu d'être granulée.

Cassés ou divisés par la scie, les calculs présentent presque toujours une structure lamelleuse; ces lames sont disposées en courbes concentriques appliquées plus ou moins étroitement l'une à l'autre: dans quelques uns, ces lames ne tiennent que très-peu ensemble. L'épaisseur des lames varie beaucoup dans les différens calculs; quelques uns sont composés entièrement de cette structure lamelleuse; dans d'autres les lames sont souvent séparées par une substance poreuse sans forme régulière; quelques uns encore sont poreux par toute leur substance, et sans aucune apparence de lames.

Les calculs varient beaucoup par la couleur: le plus souvent ils sont d'un brun plus ou moins foncé; souvent aussi ils sont blancs ou jaunâtres. Une chose remarquable est qu'un même calcul varie souvent de couleur dans ses différentes parties; ainsi quelques uns sont d'une couleur blanche, tandis que d'autres sont bruns; presque toutes les fois que ces deux couleurs se trouvent dans le même calcul, les lames blanches sont à l'extérieur, et les brunes à l'intérieur.

Je ne me rappelle aucun exemple d'une disposition alternative des couches blanches et des couches brunes.

La pesanteur spécifique des calculs varie en raison de leur compacité plus ou moins grande; elle excède ordinairement plus de deux fois celle de l'eau.

Je crois qu'ils diffèrent plus par leurs propriétés chimiques qu'on ne le croit ordinairement : toutes les analyses que j'en ai faites tendent à établir cette opinion; mais je suis si peu versé en expériences de cette nature, que je ne puis rien en conclure avec confiance.

Le célèbre Scheele fit beaucoup d'expériences pour déterminer la nature des calculs urinaires, dont voici les principaux :

1°. L'acide sulfurique affoibli n'attaque pas les calculs urinaires, mais bien à l'aide de la chaleur et de la concentration.

2°. L'acide muriatique, même concentré et à l'aide de l'ébullition, n'agit point sur les calculs urinaires (1).

(1) J'ai vu un calcul urinaire soluble dans l'acide muriatique même à la température de l'atmosphère.

3°. L'acide nitrique délayé, ou l'eau forte, agit foiblement sur les calculs à froid, mais l'attaque à l'aide de la chaleur avec effervescence et production de vapeurs.

4°. Cette dissolution entache la peau d'un rouge foncé, une demi-heure après son application ; elle donne un précipité blanc par l'eau de chaux, aucun par les alcalis.

5°. Le muriate de baryte n'y produit aucun précipité.

6°. L'acide du sucre ou le sel d'oseille ne précipite pas cette dissolution.

7°. Un calcul pulvérisé et bouilli avec un carbonate alcalin ne subit aucun changement ; mais l'alcali caustique le dissout même à froid.

8°. L'eau de chaux dissout les calculs urinaires par digestion, à raison de quatre onces d'eau de chaux pour douze grains de la matière calculeuse.

9°. L'eau pure dissout un calcul urinaire, dans la proportion de cinq onces d'eau pour huit grains de la matière calculeuse ; cette

solution colore en rouge la teinture de tournesol.

10. La distillation d'un gros de calcul dans une cornue de verre produisit une liqueur ammoniacale ressemblant au produit de la corne de cerf, mais point d'huile. Il y avoit en même temps un sublimé brunâtre au col de la cornue; en chauffant la cornue au rouge, on obtint un charbon noir du poids de douze grains, qui, mis sur un fer rouge à l'air, ne perdit pas cette couleur. Le sublimé qui avoit subi une fusion partielle pesoit vingt-huit grains, et, purifié par une nouvelle sublimation, devint blanc; il étoit inodore, d'une saveur aigre, et facilement soluble dans l'eau bouillante; l'esprit de vin le dissolvoit aussi, mais en moindre quantité; il n'y avoit aucun précipité avec de l'eau de chaux. Ce sublimé ressembliot enfin, sous plusieurs rapports, au sel de succin.

Scheele a conclu de ces expériences et de beaucoup d'autres que les calculs ne sont ni gypseux ni calcaires, mais qu'ils consistent

tent dans un acide concret, sec, huileux, volatil, mélangé d'une matière gélatineuse.

Par la calcination du charbon de ces calculs, Bergmann en a retiré de la terre calcaire, dont il évalue la proportion à $\frac{1}{100}$; et il regarde ses expériences comme le supplément de celles de Scheele, et elles sont à la vérité bien dignes d'attention.

Tout en avouant les grandes obligations que nous avons à Scheele et à Bergmann pour leurs travaux dans cette partie de la science comme dans bien d'autres, je crois qu'il faut ajouter encore à leurs expériences et faire l'analyse d'un plus grand nombre de calculs, pour apprendre toutes les variétés de leurs principes constituans (1).

---

(1) Cette opinion se trouve aujourd'hui vérifiée par le docteur Hyde-Wollaston, qui vient de faire, sur la nature des calculs urinaires, des expériences précieuses, dont on rendra compte dans le volume prochain des Transactions philosophiques. Outre les calculs analysés par Scheele, dont nous avons parlé plus haut, il a reconnu trois autres espèces

La matière calculeuse de la vessie est le plus communément formée en une seule ou en plusieurs masses; mais cette matière s'y trouve quelquefois en forme de pâte ou de ciment mouillé.

---

de calculs urinaires essentiellement différentes par leur composition.

Ces trois espèces sont, 1°. des calculs fusibles, composés d'acide phosphorique, de magnésie, et d'alcali volatil, mêlé avec du phosphure de chaux, et généralement avec de l'acide lithique. Ces calculs sont fusibles au chalumeau, et d'une couleur blanchâtre.

2°. Le calcul mural, qui est une combinaison de l'acide du sucre, de l'acide phosphorique et de chaux, avec une petite portion d'acide lithique entre les interstices. Ordinairement ce calcul est noirâtre, et d'une surface couverte d'aspérités. Le docteur a trouvé les mêmes principes, excepté l'acide lithique, dans un calcul dont la surface étoit lisse et polie.

3°. Les calculs composés de phosphate de chaux, exclusivement, dont la couleur est pâle brunâtre. Ce calcul est formé en couches qui n'ont que peu d'adhérence entr'elles.

Je me rappelle un cas de cette nature dans lequel la substance terreuse ne pouvoit pas être entièrement évacuée de la vessie qui retenoit toujours de petites portions irrégulières attachées à ses parois. Je crois que cette matière ne différoit pas de celle des calculs communs ; elle avoit les mêmes affinités avec les acides.

SECTION XII.

DISTENSION DE LA VESSIE.

On trouve souvent à l'ouverture du cadavre la vessie distendue, au point d'occuper toute la partie inférieure de la cavité abdominale. Cet état de la vessie peut provenir d'une accumulation accidentelle de l'urine, la tunique musculaire conservant encore sa faculté contractile; ou bien il peut provenir de la paralysie de cette tunique, et de l'accumulation d'urine qui en seroit la suite nécessaire : je ne crois pas que l'examen cadavérique puisse distinguer entre ces deux causes; mais l'histoire du cas apprendra toujours laquelle de ces deux causes possibles est la cause efficiente.

SECTION XIII.

CONTRACTION DE LA VESSIE.

On trouve la vessie contractée quelquefois au point d'avoir sa cavité presque entièrement effacée. On ne doit pas regarder cet état comme un effet de maladie; une contraction violente au moment de la mort en est la cause la plus fréquente.

SECTION XIV.

NON-EXISTENCE DE LA PARTIE ANTÉRIEURE DE LA VESSIE.

La partie antérieure de la vessie manque quelquefois, et à sa place on trouve de la chair molle, vasculaire, qui occupe la partie inférieure de l'abdomen, extérieurement. Cette chair molle et vasculaire est ordinairement disposée en masses saillantes, et couverte, dans le corps vivant, d'un mucus tenace et gluant. Les deux uretères s'ouvrent en quelque partie de cette masse charnue que le mucus protège contre la distillation continuelle de l'urine. Toutes les fois

que cette maladie existe, je crois qu'il y a aussi un défaut d'ossification des os pubis, et conformation monstrueuse de quelques uns des organes de la génération. J'ai décrit en détail cette monstruosité dans les Transactions médicales et chirurgicales (1).

SECTION XV.

COMMUNICATION ENTRE LA VESSIE ET LE RECTUM, PAR VICE DE CONFORMATION.

Un autre cas de conformation monstrueuse est celle d'une communication entre la vessie et le rectum, par laquelle ce dernier organe est continu avec la partie pendante de la vessie. J'en ai vu un seul exemple que j'ai décrit en parlant des intestins.

SECTION XVI.

UNE PARTIE DE LA VESSIE DANS UN SAC HERNIAIRE.

On a vu une portion du fond de la vessie logée dans un sac herniaire, à l'anneau du

(1) Voyez les Trans. méd. et chir., p. 189.

muscle grand oblique, ainsi que sous le ligament de Poupart. Ce cas est rare ; je n'en ai vu aucun exemple (1).

SYMPTÔMES.

L'inflammation de la vessie cause une douleur au périnée, et au dessous du pubis, avec un sentiment de plénitude ou de tuméfaction de ces parties. Le besoin d'uriner est très-fréquent, mais il ne passe qu'une petite quantité d'urine à la fois, et avec beaucoup de douleur. Souvent même la rétention est parfaite ; dans ce cas-ci, le besoin d'uriner devient très-incommode, le rectum est souvent sympathiquement affecté, et le ténesme vient ainsi compliquer la maladie. L'estomac aussi en éprouve beaucoup de désordre, et le malade est affecté de vomissement. Si la suppuration vient enfin, on en est averti par un mélange de pus dans l'urine.

Lorsque la vessie se trouve affectée d'un ulcère qui s'y étend des parties voisines, on

(1) Voyez Pott, sur les hernies, p. 226.

peut s'en appercevoir par la douleur, et la difficulté d'uriner qui surviennent en même temps. Si l'ulcération s'avance au point d'opérer des communications entre la vessie et le rectum, ou bien entr'elle et la matrice ou le vagin, la sortie de l'urine par le rectum, ou par le vagin en est la suite, et enlève toute incertitude sur l'état de la maladie.

Dans le commencement du partage de la vessie en deux parties distinctes, il est probable que peu d'inconvéniens en résultent, parce que la communication est encore suffisamment large. Ce commencement de la maladie est donc soustrait à toute observation et à toute conjecture, pendant la vie; mais lorsque le mal a fait un certain progrès, et que la communication entre les deux portions est devenue très-étroite, on peut distinguer la nature de la maladie avec certitude, ou au moins avec beaucoup de probabilité, par les circonstances suivantes. Il y aura une tumeur considérable, circonscrite, au dessus du pubis, à l'endroit qu'oc-

cupe la vessie distendue par de l'urine. On urine moins que dans l'état de santé, et la tumeur ne s'en trouve pas diminuée. L'introduction d'une sonde fait aussi couler un peu d'urine, mais la tumeur ne s'en trouve pas diminuée non plus; mais il arrivera par quelque position accidentelle que l'urine passera de la chambre supérieure à la chambre inférieure, d'où elle sortira ensuite par l'urètre. Alors la quantité d'urine évacuée sera beaucoup plus grande qu'à l'ordinaire, la tumeur disparoîtra, et le malade se trouvera soulagé, jusqu'à ce qu'une nouvelle quantité s'y accumule.

Aucun symptôme particulier n'indique l'existence des excroissances fongueuses de la vessie. Elles causent une difficulté d'uriner, qui sera plus ou moins grande selon la grosseur de l'excroissance, ou sa situation plus ou moins près du col de la vessie. Il faut donc, dans ce cas, que la tunique musculaire fasse des efforts énergiques pour l'expulsion de l'urine, ce qui en augmentera

nécessairement l'épaisseur. Lorsque l'excroissance est située tout près du col de la vessie, on peut s'en assurer en introduisant une sonde par l'urètre. Le bout de la sonde pourra toucher l'excroissance, et la résistance de ce corps mou se fera sentir distinctement. On peut m'objecter la difficulté qu'il y auroit de distinguer ce cas-ci par ce moyen, de la glande prostate tuméfiée, ou accrue par une cause quelconque ; mais en examinant l'état de la glande prostate par le rectum, comme on le fait ordinairement, l'un de ces cas peut être distingué de l'autre.

Les symptômes de la formation d'un polype dans la vessie me sont inconnus ; mais il me paroît probable qu'ils ne diffèrent guère de ceux des excroissances fongueuses de la vessie, que nous venons de décrire.

Les symptômes des calculs de la vessie sont bien connus. Il y a un sentiment de malaise à l'orifice de l'urètre, après avoir

uriné, ou après avoir pris de l'exercice. Lorsque le calcul est volumineux, on éprouve une douleur sourde au col de la vessie. Le besoin d'uriner revient à tout instant, et il ne peut souvent se faire que goutte à goutte; souvent aussi son écoulement devient subitement interrompu. L'urine dépose un sédiment muqueux, provenant des glandes muqueuses du col de la vessie, dont la sécrétion est augmentée par l'irritation qu'exerce sur eux le calcul. L'urine est quelquefois mélangée de sang qui coule des petits vaisseaux sanguins déchirés par les aspérités du calcul. Cet effet a sur-tout lieu après quelque mouvement par secousses. Les rapports de situation et d'organisation entre la vessie et le rectum, et la sympathie établie entre leurs fonctions, produisent du ténesme dans le cas de calculs.

CHAPITRE XVII.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DES VÉSICULES SÉMINALES.

Les états pathologiques des vésicules séminales sont peu connus, parce que leur situation les soustrait à l'observation et en rend la dissection difficile. La plupart des viscères, au contraire, sont à découvert aussitôt qu'on a ouvert la cavité où ils sont contenus. On a observé cependant quelques altérations des vésicules séminales.

SECTION PREMIERE.

INFLAMMATION DES VÉSICULES SÉMINALES.

Je n'ai jamais observé l'inflammation propre et limitée des vésicules séminales, quoiqu'on ne puisse pas douter qu'elles n'y soient sujettes comme les autres parties du corps. Je les ai vues comprises dans l'inflammation

des parties environnantes. Ainsi, j'ai vu la face postérieure de la vessie, les vésicules séminales, et une portion du rectum, unies ensemble par des adhérences très-fortes, comme cela a lieu dans les autres parties du corps à la suite de l'inflammation. On a trouvé quelques exemples de l'inflammation des vésicules séminales poussée jusqu'à la suppuration (1).

SECTION II.

SCROPHULES DES VÉSICULES SÉMINALES.

Les vésicules séminales sont sujettes aux scrophules; je me rappelle d'en avoir vu une remplie du véritable pus scrophuleux, dont nous avons déjà si souvent donné les caractères distinctifs.

SECTION III.

CANAUX DES VÉSICULES SÉMINALES TERMINÉES EN CUL-DE-SAC.

Les canaux des vésicules séminales s'ou-

(1) Voyez trad. all., par Sœmmering, p. 194.

vrent naturellement, par deux orifices, dans la cavité de la glande prostate; quelquefois les canaux n'existent pas, et les vésicules se terminent en cul-de-sac. Les canaux déférens se terminent en même temps dans le cul-de-sac des vésicules séminales, et n'ont pas par conséquent leur terminaison naturelle. Heureusement cette monstruosité se rencontre rarement; elle empêcheroit le passage de la semence à l'urètre, et rendroit nulle par conséquent une des fonctions du corps animal. Une préparation de cette monstruosité existe dans le cabinet du docteur Hunter.

SECTION IV.

VÉSICULES SÉMINALES TRÈS-PETITES.

Les vésicules séminales varient beaucoup sous le rapport de grosseur chez les adultes; souvent même on en trouve une plus petite que l'autre : mais je les ai vues toutes les deux, plus d'une fois, si petites, qu'elles ne pouvoient que remplir très-mal les fonctions auxquelles elles avoient été destinées.

SECTION V.

NON-EXISTENCE D'UNE VÉSICULE SÉMINALE.

L'une des vésicules séminales manque souvent tout-à-fait. Je crois que toujours dans ce cas le canal déférent du même côté s'élargit et devient tortueux à son extrémité, et que cette disposition supplée à la vésicule. Il en étoit ainsi, au moins, dans un cas de cette nature que j'ai vu. L'extrémité du canal déférent ressemble toujours à la vésicule séminale, ce qui rend plus probable la conjecture que nous venons de faire.

SECTION VI.

SQUIRRHE DES VÉSICULES SÉMINALES.

On a vu les vésicules séminales squirrheuses, mais ce phénomène est rare (1).

SECTION VII.

PETITES PIERRES TROUVÉES DANS LES VÉSICULES SÉMINALES.

On a trouvé de petites pierres dans les vé-

(1) Morgagni, epist. 46, art. 5.

sicules séminales (2) : je n'en ai jamais trouvé et je crois que leur existence y est très-rare.

SYMPTÔMES.

On n'a pas encore tenté d'établir le diagnostique des maladies des vésicules séminales, que les circonstances rendent très-difficile. Ma propre expérience ne m'éclaire que sur l'état des parties après la mort. Je n'ai pas eu l'occasion d'en saisir les symptômes pendant la vie.

---

(1) Voyez la trad. all., par Sœmmering, p. 193.

CHAPITRE XVIII.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DE LA GLANDE PROSTATE.

SECTION PREMIÈRE.

ABCÈS DE LA GLANDE PROSTATE.

La glande prostate ne se trouve pas souvent enflammée ; j'y ai vu des abcès, cependant, sans aucun épaississement ou augmentation quelconque de la glande, et dont le pus avoit les caractères ordinaires. C'étoient là de véritables abcès, provenant d'une inflammation précédente.

SECTION II.

SCROPHULES DE LA GLANDE PROSTATE.

La glande prostate peut devenir scrophuleuse : j'y ai vu, soit en l'incisant, soit en la comprimant, cette matière caillée qu'on trouve dans une glande absorbante scrophuleuse.

SECTION

SECTION III.

SQUIRRHE DE LA GLANDE PROSTATE.

La glande prostate est plus souvent affectée de squirrhe que d'aucune autre maladie. On sait que sa grosseur naturelle égale ordinairement celle d'un marron ; mais lorsqu'elle est affectée de squirrhe, elle acquiert le volume du poing. Cette augmentation de volume n'en change pas la texture extérieurement ; mais en l'incisant on voit intérieurement une substance ferme, d'une couleur brune, blanchâtre, divisée par des cloisons membraneuses fortes, et qui la traversent en différentes directions : on voit enfin les caractères propres et constans du squirrhe dans toutes les parties du corps. La cavité de la glande prostate devient plus profonde en raison de l'accroissement de ses parois et de la glande même, et l'extrémité postérieure fait saillie dans la vessie, et obstrue le passage de l'urine par l'urètre. L'urine passe avec plus ou moins de difficulté, suivant que cette saillie est plus ou moins grande ; il en

est demême d'une sonde qu'on voudroit introduire dans la vessie ; l'obstruction peut être assez considérable pour empêcher entièrement l'introduction d'un instrument. Dans un cas de cette nature, on a fait, sans l'avoir voulu, un passage à travers la glande tuméfiée, par lequel l'urine s'est évacuée. La glande n'éprouva aucune irritation de cette violence et de ce déchirement, et la vie fut prolongée au delà du terme que la rétention de l'urine y auroit mis ; il faut cependant faire passer la sonde par dessus la tumeur, si cela est possible, plutôt que de s'exposer aux conséquences funestes que pourroit amener la lésion de la glande.

Il arrive quelquefois que la forme de la glande change par cet accroissement contre nature, et qu'une route tortueuse s'y forme par l'altération de sa cavité. Cet état des choses augmente la difficulté d'uriner, et celle d'introduire un instrument. L'ulcération de la surface interne de la glande prostate accompagne souvent, mais pas toujours, l'augmentation de son vo-

lume (1). Des communications fistuleuses s'établissent quelquefois entre le rectum et la glande prostate morbifiquement accrue.

La difficulté d'uriner que doit produire cet accroissement de la glande prostate est évidente. Cette difficulté exige des efforts extraordinaires de la part de la vessie, et amène par conséquent l'épaississement et la faculté contractile plus puissante de sa tunique musculaire; et en effet on ne trouve jamais cet état de la glande prostate, sans que la vessie n'ait éprouvé cette altération de sa tunique musculaire. Cette maladie ne se trouve guère chez les jeunes gens, mais elle est fréquente dans la vieillesse.

SECTION IV.

CALCULS DES CANAUX DE LA GLANDE PROSTATE.

Une autre maladie de la glande prostate,

(1) Il ne paroît dans cet état de la glande aucune disposition à l'ulcération : cette maladie de la glande prostate diffère donc de celles de quelques autres parties du corps où la même altération pathologique paroît avoir lieu, mais où l'ulcération est fréquente.

moins fréquente que la dernière, mais qui n'a lieu que trop souvent, est celle de calculs formés et logés dans ses canaux. Leur grosseur ordinaire est celle d'un petit pois ; leur couleur brune, plus ou moins foncée. Je ne puis rien prononcer sur leur nature intime, parce que, pour la déterminer avec précision, il faudroit l'habitude de faire des analyses chimiques, à laquelle je ne prétends point; d'après les essais que j'en ai pu faire, il m'a paru que leurs propriétés diffèrent de celles des calculs urinaires (1).

SECTION V.

CANAUX EXCRÉTEURS DE LA GLANDE PROSTATE, AUGMENTÉS DE CAPACITÉ.

On voit souvent la cavité et les canaux excréteurs de la glande prostate augmentés. Les orifices de ces canaux sont si petits naturellement, qu'on les apperçoit à peine,

(1) Le docteur Hyde-Wollaston a trouvé dernièrement que les calculs de la glande prostate sont composés de phosphate de chaux neutre.

mais ils augmentent quelquefois au point d'admettre une plume de corbeau : en même temps que ces canaux sont ainsi augmentés, il y a aussi empêchement au passage de l'urine par l'urètre par la constriction de cette partie. L'urine, s'évacuant en petite quantité ou point du tout, s'accumule dans la cavité de la glande prostate et dans la vessie; l'effet de cette accumulation est l'augmentation ultérieure de la cavité de cette glande et de ses canaux excréteurs. La tunique musculaire de la vessie s'épaissit par les efforts redoublés qui sont nécessaires pour expulser l'urine et vaincre l'obstruction ; l'épaississement de la vessie et la constriction de l'urètre compliquent cette maladie de la glande prostate.

SECTION VI.

GLANDE PROSTATE EXTRÊMEMENT PETITE.

J'ai vu la glande prostate si petite, qu'on ne pouvoit guère la supposer capable des fonctions que lui assigne la nature; cet état de la glande avoit été accompagné d'une

conformation vicieuse de la vessie et de quelques uns des organes de la génération ; j'en ai donné une description exacte dans les Transactions médicales et chirurgicales (1).

SYMPTÔMES.

Les auteurs ont fait peu d'attention aux symptômes de l'inflammation de la glande prostate; il est naturel de croire qu'il y aura plus ou moins de douleur au col de la vessie, avec difficulté d'uriner et ténesme, probablement; l'inflammation peut être distinguée de la squirrhosité par la douleur aiguë et la marche rapide de la maladie.

Il est probable que peu d'inconvénient résulte de l'état scrophuleux au commencement; mais si la glande s'en trouve fort tuméfiée, les inconvéniens que nous allons décrire en résulteront nécessairement.

---

(1) Voyez pag. 194.

Lorsque la glande prostate augmente de volume par squirrhe, une difficulté d'uriner surviendra nécessairement, et il ne peut s'en évacuer qu'une petite quantité à la fois ; en sorte que la vessie sera presque toujours pleine, souvent même il y aura une rétention absolue de l'urine : les matières fécales aussi ne sont évacuées qu'avec difficulté, et lors même que l'évacuation s'est opérée, on éprouve encore le même besoin ; et il semble que l'évacuation n'a pas été complète. Les efforts pour uriner ou pour aller à la selle expriment souvent de cette glande une partie du mucus qu'elle avoit sécrété ; l'introduction d'une bougie ou d'un cathéter est toujours difficile, souvent impossible.

Les symptômes de calculs dans la glande prostate n'ont pas été observés par les auteurs, parce que les calculs n'y existent que très-rarement. Lorsque les calculs sont

assez petits pour être contenus dans les canaux de la glande, il paroît probable qu'on en éprouvera très-peu d'incommodité : lorsqu'ils sont gros, et font saillie dans la cavité de la glande, l'évacuation de l'urine en deviendra difficile, et l'on éprouvera par l'introduction d'une sonde ou d'un cathéter la même résistance que d'un calcul urinaire fixé au col de la vessie.

CHAPITRE XIX.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DE L'URÈTRE.

SECTION PREMIERE.

ABCÈS.

Il se forme quelquefois dans la partie membraneuse de l'urètre des abcès qui peuvent provenir d'une inflammation excitée par quelque cause latente, comme dans toute autre partie du corps; mais la cause la plus fréquente en est quelque obstruction au passage de l'urine par ce canal. L'obstruction provient le plus souvent de la constriction de quelque partie de l'urètre même, plus antérieurement pour l'ordinaire que la partie membraneuse; l'urine poussée par les efforts de la vessie contre l'endroit de la constriction l'irrite, y détermine l'inflammation et la suppuration. Les abcès s'ouvrent extérieurement, et l'urine

s'évacue par ces ouvertures ; avant de s'ouvrir, ces abcès ne diffèrent pas des autres abcès qui auroient communication avec la vessie.

SECTION II.

FISTULES.

Aussi long-temps que l'obstruction continue, il est probable que l'abcès ne se guérira pas, mais qu'un orifice fistuleux se formera. Cette fistule, comme toutes les autres, s'entoure de parties dures et calleuses ; leur siége le plus ordinaire est derrière le scrotum près la partie membraneuse de l'urètre, parce que la constriction a lieu ordinairement un peu antérieurement à la partie membraneuse. Il y a souvent plusieurs de ces orifices qui mènent à de petits canaux, dont les directions sont différentes.

SECTION III.

CALCUL DANS LA CAVITÉ DE LA PARTIE MEMBRANEUSE DE L'URÈTRE.

J'ai vu la cavité de la partie membraneuse de l'urètre distendue en une poche assez

grande pour contenir un œuf de poule; cette poche avoit été formée par un calcul qui s'y étoit logé. Il est probable que ce calcul y avoit été poussé par le jet de l'urine, trop foible pour le faire passer par toute la longueur de ce canal ; il s'étoit donc niché là , et avoit pris graduellement le volume dont nous venons de faire mention, d'une manière analogue à celle dont croissent les calculs dans les bassinets des uretères.

SECTION IV.

GLANDES DE COWPER RAREMENT MALADES.

Je ne me rappelle pas d'avoir vu aucune affection maladive des glandes de Cowper situées près de cette partie de l'urètre; elles sont sujettes sans doute à des maladies, comme les autres parties du corps, mais leur petitesse et leur situation en rendent l'examen difficile.

Morgagni rapporte que l'une d'elles avoit été convertie en une substance ligamen-

teuse (1), et que le canal excréteur d'une autre, dans un autre cas, avoit été oblitéré (2).

SECTION V.

INFLAMMATION DE LA MEMBRANE INTERNE DE L'URÈTRE.

La membrane interne de l'urètre est très-sujette à s'enflammer, sur-tout à son extrémité antérieure, d'où l'inflammation s'étend quelquefois sur toute la surface interne du canal. Cette inflammation n'offre aucune différence d'avec celle des autres membranes qui tapissent des canaux excréteurs s'ouvrant à l'extérieur : la membrane est plus vasculaire que dans l'état naturel, et la sécrétion de ses glandes est augmentée. Souvent l'inflammation ne se borne pas à cette membrane, mais s'étend jusque dans les corps spongieux, dont il attaque le tissu cellulaire et les glandes ; dans ce cas, le corps

(1) Voyez Morgagni, epist. 46, art. 3.
(2) Voyez Morgagni, epist., 46, art. 12.

spongieux se tuméfie et s'endurcit par l'extravasation de la lymphe coagulable dans ses cellules ; il devient aussi plus vasculaire qu'il ne l'est naturellement : la tuméfaction de ses glandes les rend sensibles au toucher, comme de petits tubercules ronds.

SECTION VI.

ULCÈRES DE L'URÈTRE.

L'ulcération de l'urètre n'est pas fréquente, mais se rencontre quelquefois; son inflammation ne paroît pas disposer tant à l'ulcération que celle d'autres canaux du corps, la trachée par exemple.

SECTION VII.

CONSTRICTION DE L'URÈTRE.

La constriction de l'urètre est la plus fréquente de ses maladies; elle consiste dans le rétrécissement ou dans l'obturation complète d'une partie quelconque de ce canal. Le point qui en est le plus fréquemment affecté est un peu antérieur à sa partie membraneuse, mais cette affection peut exister dans

tous ses points; quelquefois elle consiste simplement dans le rapprochement des parois opposées de ce canal, de manière à former une ligne d'obstruction; d'autres fois la constriction a une certaine longeur. La membrane interne présente souvent sa texture naturelle à l'endroit de la constriction; en quelques cas, elle est excoriée ou ulcérée, effet produit par l'introduction d'instrumens; moyen par lequel on fait même souvent de fausses routes dans le corps spongieux de l'urètre, lorsqu'on les emploie avec beaucoup de violence et peu d'adresse. Il peut y avoir plusieurs points différens de constriction dans le même urètre; il arrive aussi quelquefois qu'elle est plus forte d'un côté que de l'autre, de manière qu'il y a une déviation du canal à cet endroit.

SECTION VIII.

CARONCULE DANS L'URÈTRE.

Une petite excroissance charnue, qu'on nomme caroncule, pousse quelquefois dans l'urètre : on étoit dans l'habitude autrefois

d'attribuer à cette cause presque tous les obstacles au passage de l'urine; mais on s'est convaincu depuis, par des dissections nombreuses, qu'on avoit supposé cette cause beaucoup plus souvent qu'elle n'avoit existé.

SECTION IX.

COUCHE DE MATIÈRE TERREUSE DANS L'URÈTRE.

J'ai vu une couche de matière terreuse s'étendre de la vessie par toute la longueur du canal de l'urètre.

SECTION X.

ORIFICE CONTRE NATURE DE L'URÈTRE.

L'orifice naturel de l'urètre à l'extrémité du gland n'existe pas chez quelques personnes; ce canal s'ouvre alors à la face inférieure du gland, à l'endroit où le frein s'attache naturellement : le frein n'existe pas dans ce cas. Un trou rond, beaucoup plus petit que l'ouverture naturelle de l'extrémité du gland, constitue cet orifice

contre nature. J'ai vu un cas de conformation vicieuse, dans lequel, outre ce canal s'ouvrant sous le gland, il y en avoit un autre qui s'ouvroit naturellement au bout du gland, mais qui se terminoit en cul-de sac à l'autre extrémité : la longueur en étoit de deux pouces environ. Je ne puis rien affirmer sur la rareté ou la fréquence de cet état contre nature, qu'on doit regarder comme vice de conformation, et non pas comme maladie. Je n'en ai jamais vu résulter de grands inconvéniens.

Il y a d'autres maladies de la verge, telles que les ulcères, le phymosis, le paraphymosis, etc. etc.; ces altérations pathologiques étant à l'extérieur, sont bien connues, et n'entrent pas d'ailleurs dans le plan que je me suis tracé.

SYMPTÔMES.

Les symptômes de l'inflammation de la membrane interne de l'urètre sont trop bien connus, pour que nous nous en occupions ici.

La

La constriction de l'urètre entraîne nécessairement la difficulté d'uriner, et cette difficulté est plus ou moins grande, selon le degré de la constriction. Quelquefois l'urine coule en filet, d'autres fois, le jet en est bifurqué; dans d'autres cas, elle saillit sans aucune forme distincte, et en d'autres encore, elle ne vient que goutte à goutte. Il y a en même temps une sécrétion surabondante de mucus qui ressemble à la matière d'un écoulement vénérien. Des symptômes très-variés peuvent survenir par l'affection des parties environnantes; la constitution générale même en est souvent affectée, et très-différemment dans les différens individus.

L'obstruction du canal de l'urètre par une caroncule ne peut pas être distinguée d'une obstruction provenant de tout autre cause.

CHAPITRE XX.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DES TESTICULES ET DU CORDON SPERMATIQUE.

SECTION PREMIERE.

DE L'HYDROCÈLE.

L'HYDROCÈLE, ou l'accumulation d'eau dans la tunique vaginale, est une maladie très-commune, et qui l'est également à presque toutes les époques de la vie, avec cette différence cependant que, dans l'enfance, elle disparoît souvent sans opération ou traitement chirurgical. Dans l'âge adulte, au contraire, elle ne disparoît presque jamais sans les secours de l'art. Le sac où l'eau s'accumule prend la forme pyramidale, et monte plus ou moins près de l'anneau du muscle grand oblique, suivant que la quantité

d'eau est plus ou moins considérable ; cette quantité suffit quelquefois pour le faire monter jusqu'à l'anneau même. L'épaisseur du sac varie beaucoup dans les différens cas : souvent elle n'excède pas celle qui est naturelle à la tunique vaginale ; mais en beaucoup de cas les parois du sac ont trois fois cette épaisseur, et une structure évidemment lamelleuse. Le testicule est très-comprimé dans ces cas, et s'atrophie souvent; le fluide accumulé est d'une couleur jaunâtre, ou verdâtre, ou brune, et ressemble par ses propriétés au sérum du sang. Dans l'âge avancé, cette maladie est souvent compliquée de l'état squirrheux du testicule dont nous traiterons plus bas.

SECTION II.

HYDATIDES.

On a trouvé des hydatides libres ou adhérentes, dans la cavité de la tunique vaginale; je n'ai pas eu d'occasion favorable pour les examiner avec soin, quoique je ne les croie pas rares.

SECTION III.

CORPS CARTILAGINEUX LIBRES DANS LA TUNIQUE VAGINALE.

On trouve quelquefois de petits cartilages libres dans la cavité de la tunique vaginale, comme dans quelques unes des articulations du corps humain, sur-tout dans celle du genou, où ils sont plus fréquens que dans la tunique vaginale. Il faut supposer qu'ils tiennent, au commencement, à la tunique vaginale par des pédoncules minces, dont ils se détachent ensuite par le mouvement de cette tunique sur le testicule. Après cette séparation, ils restent libres dans la cavité de cette tunique, et sans produire, à ce que je crois, aucun inconvénient : j'ai vu moi-même un exemple de cette nature ; d'autres observateurs en ont noté plusieurs.

SECTION IV.

ADHÉRENCES.

On trouve souvent la tunique vaginale adhérente au testicule. Cette adhérence s'étend

quelquefois uniformément par toute sa surface; elle n'a lieu d'autres fois que par des portions distinctes de membrane. Ces membranes peuvent être minces ou épaisses, et former des liens plus ou moins étroits entre la tunique vaginale et le corps du testicule. Leur existence est due à une inflammation précédente, de même que les adhérences qui viennent à la suite d'une inflammation dans les cavités thorachiques et abdominales.

SECTION V.

INFLAMMATION DU TESTICULE.

La substance même du testicule est souvent enflammée, mais cette inflammation n'est presque jamais le sujet d'un examen cadavérique, parce que l'art peut en prévenir les suites dans la plupart des cas; d'ailleurs, ces caractères ne diffèrent point de ceux de l'inflammation de la substance d'autres parties du corps, et ne demandent par conséquent aucune description particulière. Le canal déférent participe souvent à l'inflam-

mation du testicule par l'épaississement de ses tuniques; les veines du cordon spermatique aussi sont sujettes à devenir variqueuses par l'inflammation du testicule (1).

Il n'est pas rare que l'épididyme reste dur et un peu augmenté pendant long-temps, ou même pour toute la vie, à la suite de cette inflammation; ce dont on trouve la cause dans la non-absorption de la matière extravasée par l'inflammation.

SECTION VI.

ABCÈS DU TESTICULE.

Il se forme des abcès dans les testicules comme dans les autres parties, à la suite de l'inflammation : ces abcès n'ont rien de particulier.

SECTION VII.

SCROPHULES DES TESTICULES.

Le testicule est quelquefois totalement al-

(1) Voyez Hunter sur la maladie vénérienne, p. 54.

téré dans sa texture naturelle, et converti en une masse véritablement scrophuleuse ; il augmente de volume dans ce cas, pour l'ordinaire, et l'on trouve à l'intérieur une matière blanche, jaunâtre, caillée, et plus ou moins mêlée de pus.

SECTION VIII.

TESTICULE AUGMENTÉ ET PULPEUX.

Le testicule est souvent augmenté de volume, et converti en une matière brunâtre homogène, où il ne reste aucune trace de sa texture primitive. On a donné le nom de squirrhe à cet état du testicule, quoiqu'il diffère beaucoup du squirrhe des autres parties du corps, et de ce qu'on trouve de plus analogue à cette maladie dans le testicule même.

SECTION IX.

SQUIRRHE ET CANCER DU TESTICULE.

Il y a souvent un accroissement contre nature du testicule, et une altération de sa sub-

stance en une masse dure, brunâtre, divisée par des cloisons membraneuses. Il ne reste dans cet état aucune trace de sa texture primitive; mais on y voit souvent des cellules remplies d'un fluide sanieux, et dans quelques cas on y trouve une substance cartilagineuse : je regarde cet état comme le véritable squirrhe du testicule. L'épididyme et le cordon spermatique se ressentent de cet état du testicule plus ou moins, suivant que la maladie est plus ou moins avancée; mais il peut arriver que ces annexes du testicule restent intactes. Cette maladie dégénère souvent en un ulcère profond et de mauvais caractère, d'où naît une excroissance fongueuse : on le nomme dans cet état le vrai cancer du testicule.

SECTION X.

TESTICULE CARTILAGINEUX.

J'ai vu le volume du testicule considérablement augmenté, et sa substance convertie en cartilage; il y avoit dans le cas particulier dont il s'agit un ulcère vers le milieu du carti-

lage, et, dans d'autres endroits, une formation peu prononcée de kystes ou de cellules. Ce cartilage ne différoit du cartilage naturel par aucun caractère essentiel, étant seulement un peu plus mol; je crois que cet état et l'état squirrheux proviennent de la même action morbifique, car on les trouve souvent ensemble dans le même testicule.

SECTION XI.

OSSIFICATION DU TESTICULE.

Le testicule est quelquefois converti en os; peu d'exemples de cette altération sont venus à ma connoissance, et dans ces cas l'ossification n'avoit envahi qu'une portion du testicule.

SECTION XII.

KYSTE ADHÉRENT AU TESTICULE, ET CONTENANT UN *véna médinensis*.

J'ai vu un testicule auquel étoit attaché un petit kyste ferme, contenant un ver de l'espèce de *véna médinensis*. Ce ver est d'une longueur considérable, d'une sur-

face lisse et uniforme ; son extrémité postérieure est terminée en forme de crochet ; il a une bouche arrondie à son extrémité antérieure. Il est probable que l'homme auquel appartenoit ce testicule avoit visité quelques uns des climats chauds où l'on trouve le *véna médinensis*, et qu'il l'en avoit emporté avec lui.

SECTION XIII.

ÉPIDIDYME SE TERMINANT EN CUL-DE-SAC.

Un vice de conformation qu'on trouve au testicule est la terminaison de l'épididyme en cul-de-sac, au lieu d'être continu avec le canal déférent ; il est évident que cette conformation rend la procréation impossible, en empêchant le passage de la semence. Il existe dans le cabinet du docteur Hunter une préparation de cette monstruosité, et M. Hunter en a donné une représentation dans son Economie animale (1).

---

(1) Voyez pag. 47, planche V.

SECTION XIV.

CONSTRICTION DU CANAL DÉFÉRENT.

J'ai vu une portion du canal déférent fermée par constriction; ce n'étoit pas par défaut de conformation, mais par quelque cause maladive, analogue probablement à celle d'où provient la constriction de l'urètre : ce qui est certain, c'est que le passage de la semence en étoit rendu impossible, du testicule à la glande prostate.

SECTION XV.

TESTICULES TRÈS-PETITS ET ATROPHIÉS.

Quelques personnes ont les testicules extrêmement petits; j'ai vu un homme de moyen âge qui ne les avoit pas plus gros que le bout du doigt; cet état contre nature existoit par défaut de conformation, et non pas par maladie, comme je m'en suis informé : l'homme n'avoit aucune disposition à l'amour. Il est beaucoup plus fréquent de les voir s'atrophier spontanément, ou disparoître peu à peu à la suite d'inflam-

mation ou de compression (1). Lorsque cela n'a lieu que pour un des testicules, l'autre, restant sain, peut faire les fonctions nécessaires à la génération; mais si tous les deux en sont affectés, cette faculté est nécessairement perdue.

L'un des testicules, ou tous les deux peuvent rester pendant toute la vie dans la cavité abdominale, et l'on paroît n'en avoir qu'un ou aucun.

Je crois que les testicules qui restent ainsi dans la cavité abdominale sont petits, et M. Hunter soupçonne qu'ils sont moins parfaits que ceux qui sont descendus dans le scrotum (2).

SECTION XVI.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DU CORDON SPERMATIQUE; SQUIRRHE DU CORDON SPERMATIQUE.

Le cordon spermatique est aussi sujet à des

(1) Voy. Hunter sur la maladie vénérienne, p. 209.

(2) Voy. les Observations de Hunter sur certaines parties de l'Économie animale, pag. 18.

altérations de texture, dont l'une des plus fréquentes est son état squirrheux; je crois cependant que le cordon n'en est jamais affecté ou presque jamais idiopathiquement, et que cette maladie s'y étend toujours ou presque toujours du testicule. Au commencement du squirrhe du testicule, le cordon est parfaitement sain, et c'est-là le moment pour l'extirper; mais lorsque la maladie a duré pendant quelque temps, et qu'elle n'a pas été stationnaire, le cordon en devient affecté; dans ce cas, il est converti en une masse dure, et offre les mêmes caractères squirrheux que le testicule lui-même. Si l'on n'arrête pas le mal, il s'étend aux lombes et en affecte les glandes absorbantes.

SECTION XVII.

SCROPHULES DU CORDON SPERMATIQUE.

Lorsque le testicule est affecté de scrophules, je crois que le cordon spermatique participe à la même maladie, et qu'il subit les mêmes altérations.

SECTION XVIII.

VARICES DU CORDON SPERMATIQUE.

Une maladie assez fréquente du cordon spermatique est l'engorgement de ses veines; elles sont nombreuses, et supportent une colonne de sang qui est très-longue. Cette dernière circonstance, ajoutée à quelques accidens qui peuvent arriver, occasionne assez souvent la distension de ses veines. Cette distension varie beaucoup dans les différens cas, suivant l'énergie et la durée de la cause productrice. Lorsque cette distension est poussée à un certain point, elles deviennent variqueuses, et le cordon spermatique est converti en une masse volumineuse, molle au toucher, et susceptible de diminuer par compression : le testicule s'atrophie par cet état du cordon spermatique.

SECTION XIX.

ACCUMULATION D'EAU DANS LE TISSU CELLULAIRE DU CORDON SPERMATIQUE.

On a vu une accumulation d'eau dans les

cellules de la membrane qui enveloppe le cordon spermatique; cette membrane consiste dans un tissu cellulaire très-abondant, et peut être distendue par de l'eau, formant autour du cordon spermatique une grosse tumeur qui cède et diminue par la compression. Cette diminution provient non seulement de ce qu'une partie de l'eau, cédant à la compression, monte dans la partie de la membrane cellulaire du cordon qui est dans le ventre, mais encore de ce qu'une autre partie en est forcée d'entrer dans le tissu cellulaire sous-cutané de la partie inférieure de l'abdomen. On a trouvé plusieurs chopines d'eau dans ces cellules; cette maladie ne s'est jamais présentée à mon observation : j'ignore donc la nature du liquide, n'ayant pas eu l'occasion d'en faire l'analyse; mais je présume qu'il ne diffère pas beaucoup du liquide de l'anasarque.

SECTION XX.

DE L'EAU AMASSÉE DANS UN SAC FORMÉ AU MILIEU DU CORDON SPERMATIQUE.

On a vu un sac formé dans le cordon sper-

matique par une membrane blanche, dans lequel il y avoit un liquide d'une nature séreuse probablement : ces deux cas ont été décrits par M. Pott, dans son Traité sur l'hydrocèle (1).

SYMPTÔMES.

On peut reconnoître l'existence de l'hydrocèle sur le vivant par la forme de la tumeur, qui est un peu pyramidale, par la résistance qu'on éprouve en comprimant cette tumeur, par l'exemption de la douleur dans la partie et par la parfaite santé dont on peut jouir. Si la tunique vaginale est mince, et qu'on regarde la tumeur entre soi et la lumière, elle paroîtra un peu transparente; mais si la tunique vaginale est épaisse, il n'y aura point de transparence, et la tumeur sera plus dure et moins compressible que dans le cas opposé. Il n'y aura pourtant pas la dureté d'une tumeur squirrheuse, non plus que quelques autres caractères propres

(1) Voyez Pott, sur l'hydrocèle, pag. 39 et 57.

à cette dernière maladie, ce qui empêche de les confondre.

La formation d'hydatides dans la tunique vaginale est accompagnée de symptômes qui ressemblent beaucoup à ceux de l'hydrocèle : les deux cas ne peuvent être distingués que par l'ouverture du sac.

On peut facilement distinguer sur le vivant un testicule enflammé d'un testicule squirrheux, avec un peu d'attention aux symptômes et à l'histoire de la maladie; dans l'inflammation, le progrès de la maladie est rapide, et la peau du scrotum est ordinairement rougeâtre; mais dans le squirrhe, le progrès de la maladie est lent, et la peau du scrotum garde sa couleur naturelle, à moins qu'elle ne soit immédiatement affectée de la maladie.

La surface de la tumeur est lisse et uniforme dans l'inflammation; dans le squirrhe, au contraire, elle est souvent irrégulière.

Lorsqu'un testicule est scrophuleux ou pulpeux, on peut le distinguer du squirrhe par sa plus grande mollesse, par le peu de douleur qu'on y sent, et par le peu d'altération de la santé.

La grande dureté caractérise le squirrhe du testicule, ainsi que la douleur qu'on y éprouve ordinairement, et qui s'élance tout le long du cordon spermatique jusqu'aux lombes; ses progrès sont lents ordinairement; le cordon spermatique s'affecte à la longue, et la santé s'altère enfin. Si une excroissance fongueuse en naît, ou s'il devient ulcéreux, ce sont encore là autant de caractères nouveaux qui ôtent toute incertitude sur sa nature.

La tumeur enkystée du cordon spermatique, contenant de l'eau, ressemble sous quelques rapports à l'hydrocèle; on peut néanmoins l'en distinguer, en ce qu'on sent, sous la tumeur, et tout-à-fait séparé d'elle, le testicule dans toute son intégrité; dans l'hydrocèle, c'est le contraire.

CHAPITRE XXI.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DES ORGANES DE LA GÉNÉRATION DE LA FEMME.

SECTION PREMIERE.

INFLAMMATION DE LA MATRICE.

L'INFLAMMATION de la matrice n'a presque jamais lieu que peu après l'enfantement. Cette affection se borne quelquefois à la matrice même ou à ses annexes, mais le plus souvent elle s'étend sur la portion voisine du péritoine, et souvent même sur toute la cavité de l'abdomen. L'inflammation de cet organe présente les mêmes caractères que ceux de l'inflammation de la substance des autres parties du corps; caractères plus particulièrement marqués dans son corps et dans son fond. L'inflammation gagne souvent les annexes de la matrice, sur-tout

les trompes de Fallope : elle se termine fréquemment par la suppuration, et l'on trouve le pus dans les grosses veines de la matrice (1). Lorsque le péritoine s'en trouve atteint, il en résulte les altérations que nous avons déjà décrites en traitant de l'inflammation de cette membrane; mais, dans ces circonstances-ci, le fluide épanché, et la lymphe coagulable qui est extravasée, sont en plus grande quantité, proportionnellement à l'intensité de l'inflammation (2).

SECTION II.

ULCÈRES MALINS DE LA MATRICE.

Des ulcères très-malins naissent quelquefois dans la matrice, sur-tout dans l'âge avancé, ou un peu avant; mais les jeunes femmes n'en sont pas exemptes. L'ulcère com-

(1) Voyez les essais du docteur Clarke, pag. 69 et 70.

(2) Le docteur Clarke ayant fait l'ouverture de plusieurs femmes, mortes d'une inflammation du péritoine après l'accouchement, a fait cette observation plus particulièrement. (*V.* ses Essais, p. 136).

mence ordinairement au col de la matrice, son corps étant en même temps plus dur et plus gros que dans l'état naturel ; en aucun cas, cependant, la matrice ne devient excessivement grosse. L'ulcère s'étend du col au fond de la matrice, le détruit souvent en grande partie, et en convertit le reste en une masse difforme et chiffonnée d'ulcération. Souvent même l'ulcération ne se borne pas à la matrice, mais s'avance sur les parties voisines, gagne sur le vagin, la vessie, et le rectum, établit des communications entre ces cavités, ronge de tous les côtés, et ne laisse sur ses traces que des ravages affreux. On regarde généralement cette maladie de la matrice comme un cancer, mais elle diffère par quelques caractères du véritable cancer des autres parties du corps (1).

(1) J'avois confondu autrefois cette maladie avec l'accroissement squirrheux de la matrice, les regardant comme des variétés de la même maladie, et les décrivant par conséquent ensemble ; mais j'ai cru devoir les séparer, d'après les observations exactes du docteur Adams, dans son Essai sur les *virus*.

SECTION III.

ACCROISSEMENT SQUIRRHEUX DE LA MATRICE.

La matrice prend quelquefois une dureté et un accroissement contre nature ; cette altération est rare, à la vérité : elle ressemble au squirrhe des autres parties du corps, et occupe ordinairement toute la matrice. Il est difficile d'indiquer le terme auquel peut parvenir cet accroissement de la matrice ; je l'ai vue dans un cas égale au volume qu'elle doit avoir au sixième mois de la grossesse. Si l'on fait une coupe transverse de la matrice dans cet état, on la trouve d'une texture dure, et d'une couleur brune, ou brune blanchâtre, traversée par des membranes épaisses en directions différentes. La surface intérieure peut être ulcérée, ou sans ulcération; cet état de la matrice donne souvent naissance à des tubercules qui se moulent dans sa surface, et dont la texture paroît analogue à celle de la matrice même.

SECTION IV.

TUBERCULES DE LA MATRICE.

La matrice donne souvent naissance à des tubercules qui se moulent dans sa substance, ou s'élèvent sur sa surface extérieure; leur grosseur varie depuis celle d'une noisette jusqu'à celle du poing; leur forme est irrégulière, ronde, et comme nouée en plusieurs cas. En les incisant, on les trouve consistant dans une substance ferme, blanchâtre, traversée par des cloisons membraneuses qui sont, dans la plupart des cas, d'une force et d'une résistance considérables. Ces tubercules paroissent peu sujets à l'ulcération, et s'en trouvent rarement affectés; une augmentation du volume, ou l'altération de la texture de la matrice, n'accompagnent pas nécessairement son état tuberculeux; cependant, en quelques cas de cette nature, la matrice prend un accroissement morbifique.

On rencontre souvent dans la cavité de la matrice une masse de la même substance qui

peut avoir la grosseur d'une tête d'enfant. L'incision de cette masse y fait voir la même texture que dans le cas dont nous venons de parler. Il est digne de remarque que ces masses n'adhèrent fortement à aucun point de la surface interne de la matrice, mais qu'elles y tiennent uniquement par du tissu cellulaire, et qu'elles peuvent en être séparées sans aucune désorganisation de la matrice ; la matrice même est plus ou moins distendue, suivant le volume de ce corps étranger, mais sans aucune altération de sa texture.

SECTION V.

POLYPE DE LA MATRICE.

Le polype de la matrice peut avoir lieu à presque toutes les époques de la vie : c'est une de ses maladies les plus fréquentes, sur-tout dans l'âge moyen, ou avancé ; dans la jeunesse, elle l'est beaucoup moins. On entend par polype une masse morbifique qui tient à quelque partie de la paroi interne de la matrice par un col, ou portion étroite : il y en a de différentes espèces, dont la plus

commune consiste dans une substance dure, blanchâtre, divisée par des cloisons membraneuses. Sa texture, comme on le voit par l'incision, est analogue à celle du tubercule de la matrice, dont il est mention dans la dernière section; cette analogie est si exacte, qu'on ne sauroit les distinguer en les voyant ouvertes et détachées de la matrice. Cette espèce de polype varie beaucoup par sa grosseur; c'est-à-dire depuis celle d'une noix jusqu'à celle d'une tête d'enfant. Le col, ou la portion étroite par laquelle le polype adhère à la matrice, varie aussi dans sa proportion avec le corps. Le plus grand de tous les polypes que j'ai vus n'avoit pas le col plus gros que le pouce; j'en ai vu un, au contraire, de la grosseur du poing, dont le col étoit gros comme le poignet.

L'endroit de l'adhérence est aussi très-variable; le plus souvent c'est au fond de la matrice, mais elle peut avoir lieu dans tout autre point: j'ai vu un petit polype attaché à la lèvre interne du museau de tanche. Un grand polype est ordinairement unique; il peut y

en avoir plusieurs petits, ainsi que je l'ai vu.

Il y a une autre espèce de polype de la matrice qui consiste dans une masse irrégulière, sanguine, avec des portions séparées comme par déchirement. On trouve dans l'intérieur de ce polype deux textures différentes, dont l'une consiste dans une masse spongieuse, lamelleuse, l'autre est plus lâche, remplie de plus grandes cavités, sans être lamelleuse. Je n'ai vu que ces deux espèces de polype, mais il peut y en avoir d'autres qui aient échappé à mon observation. Il est évident que la matrice doit augmenter de capacité, en raison de l'accroissement qu'un polype prend dans sa cavité : il en est de même du vagin, lorsqu'un polype végète dans cette direction.

SECTION VI.

INVERSION DE LA MATRICE.

L'inversion de la matrice, qui n'est que trop fréquente, peut être due à deux causes : savoir le poids d'un polype, ou l'extraction

violente du placenta. Lorsque l'inversion est incomplète, le fond de la matrice fait une tumeur dans sa cavité; il y a, au contraire, une fissure extérieurement, à la partie correspondante dans laquelle sont retirés latéralement les trompes de Fallope, les ligamens larges, et les ligamens des ovaires. Dans l'inversion complète, qui a souvent lieu après l'accouchement, le fond de la matrice forme une grande tumeur dans le vagin, souvent même au dehors des grandes lèvres.

SECTION VII.

CHUTE DE LA MATRICE.

La matrice peut perdre sa situation naturelle, et descendre jusqu'aux parties externes de la génération, ou sortir tout-à-fait du corps : un grand bassin dispose à cet accident; des accouchemens répétés et laborieux qui ont relâché les parties molles environnantes en sont souvent l'occasion. En traitant des maladies du vagin, nous parlerons plus particulièrement de cette maladie qui,

pour le dire en passant, est beaucoup plus fréquente que l'inversion de la matrice.

SECTION VIII.

CONSTRICTION DE LA CAVITÉ DE LA MATRICE.

Une constriction a lieu quelquefois dans la cavité de la matrice, et efface entièrement cette cavité dans un certain point. Je crois qu'elle a toujours lieu au même endroit; c'est là où la cavité du fond de la matrice se termine, et où celle du col commence, car c'est le point le plus étroit de la matrice. Il est probable qu'une inflammation ferme la petite ouverture qui se trouve là, par le recollement des parois environnantes qui s'y trouvent très-rapprochées; ou ces parties peuvent s'approcher peu à peu, et venir enfin en contact, comme cela arrive dans l'urètre.

SECTION IX.

CONTRACTION ET OBTURATION DU MUSEAU DE TANCHE.

On a vu le museau de tanche contracté,

ou même le passage entièrement bouché (1); on l'a encore vu fermé par une membrane contre nature (2).

SECTION X.

OSSIFICATION DE LA MATRICE.

La matrice est quelquefois convertie en os ; effet qui doit être attribué à une action morbifique particulière de ses vaisseaux sanguins, par laquelle la matière osseuse est sécrétée où elle ne doit pas l'être : cette altération, dans la texture de la matrice, n'est pas fréquente.

SECTION XI.

LA MATRICE CONVERTIE EN UNE MATIÈRE TERREUSE.

On a vu la matrice convertie en une matière terreuse (3), de la même nature probablement que celle des os. Il me paroît

(1) Morgagni, epist. 47, art. 11.
(2) Morgagni, epist. 46, art. 17.
(3) Lieutaud, vol. 1, p. 323.

que cette maladie ne diffère de la précédente que par une moindre proportion du gluten animal nécessaire pour donner à cette matière la consistance osseuse.

SECTION XII.

MASSE OSSEUSE DANS LA CAVITÉ DE LA MATRICE.

On a trouvé une masse osseuse dans la cavité de la matrice. Il me paroît que ce phénomène ne peut être dû qu'à l'ossification du tubercule charnu et dur dont nous avons parlé comme existant dans la cavité de la matrice : c'est au moins ce qui avoit lieu dans le seul cas que j'en ai vu; car, dans celui - ci, une grande partie du tubercule restoit encore charnue; il est donc raisonnable de croire qu'il en est de même dans les autres de cette nature.

SECTION XIII.

PIERRES DANS LA CAVITÉ DE LA MATRICE.

On a trouvé des pierres dans la cavité de

la matrice (1). Les auteurs les ont décrites comme variées dans leur couleur du brun foncé au brun léger ; ils gardent le silence sur leur nature, et il faut que j'en fasse autant, attendu que mes propres expériences ne m'ont point éclairé, et que cette maladie ne s'est jamais présentée à mon observation. Je crois que ces concrétions sont dues à l'action morbifique des petites artères qui s'ouvrent sur la surface interne de la matrice, et qu'elles sont analogues à des concrétions qui se forment dans quelques glandes du corps.

SECTION XIV.

FOETUS, MORT DANS LA MATRICE, CONVERTI EN UNE MATIÈRE TERREUSE.

Un fœtus, mort depuis long-temps dans la matrice, a été trouvé converti en une matière terreuse, conservant dans cet état sa forme naturelle (2).

---

(1) Lieutaud, vol. 1, p. 339.

(2) Voyez l'Anatomie des os par Cheselden, planche, 54.

SECTION XV.

DE L'EAU DANS LA CAVITÉ DE LA MATRICE.

On rapporte des cas d'accumulation d'eau dans la matrice (1) : dans quelques uns de ces cas la quantité d'eau étoit énorme, savoir, vingt-cinq, trente, ou même cinquante pintes. Cette eau quelquefois paroît sanguinolente, et d'autres fois elle est jaunâtre. Je ne puis rien dire de positif sur sa nature, parce qu'il ne m'est jamais arrivé de voir la maladie. Je suis cependant disposé à croire, d'après l'analogie, que cette eau de la matrice doit ressembler au sérum du sang par ses propriétés ; je me fonde de même sur l'analogie pour croire qu'elle s'épanche des petites artérioles crispées de la matrice. Pour concevoir la possibilité de cette accumulation d'eau dans ce viscère, il faut supposer la constriction de son col ; autrement, elle tomberoit à mesure dans le vagin : j'aime à

---

(2) Lieutaud, vol. 1, p. 333.

croire,

croire cependant que, dans la plupart de ces cas, l'eau a été contenue dans une ou plusieurs hydatides (1).

SECTION XVI.

HYDATIDES DE LA MATRICE.

De larges masses d'hydatides ont été trouvées dans la matrice (2). N'ayant jamais vu cette maladie, je ne puis pas dire si ces hydatides ressemblent à celles qu'on rencontre quelquefois dans le placenta, ou à celles des autres parties du corps. Les hydatides du placenta diffèrent beaucoup de celles du foie, des reins, et de quelques autres parties du corps. Ce sont de petites vésicules dont la grosseur varie depuis celle d'une noix jusqu'à celle d'une tête d'épingle, d'une forme ronde ou ovale, et tenant l'une à l'autre par un petit pédicule étroit. Le cas le plus ordi-

(1) M. Denman a observé un cas de cette nature où l'eau avoit été accumulée dans une seule grande hydatide de la matrice.

(2) Lieutaud, vol. 1, p. 335.

naire est qu'une grosse hydatide supporte un grand nombre de petites qui lui adhèrent chacune par un petit pédicule étroit. On ne sait rien de positif sur leur nature; mais il me paroît probable que ce sont des animaux d'une organisation très-simple. Les hydatides des quadrupèdes ne sont pas identiques dans leur nature ou dans leur espèce; et cependant il est constaté que ces différentes espèces sont toutes des animaux. Je suis disposé à croire que les hydatides supposées de la matrice ont pour la plupart appartenu primitivement au placenta.

SECTION XVII.

RUPTURE DE LA MATRICE.

Outre ces maladies bien déterminées de la matrice, il me reste à dire quelque chose de sa rupture, qu'on doit regarder comme un accident plutôt que comme une maladie. Il est probable que cet accident n'a jamais lieu que dans l'état de grossesse, ou au moment de l'accouchement. Il peut être occasionné par l'action trop violente des fibres muscu-

laires sur le fœtus, ou par la main d'un accoucheur qui y seroit introduite. Les ruptures que j'ai vues ont été presque toutes sur l'un ou l'autre côté de la matrice, et fort considérables. Le péritoine qui couvre la matrice peut rester intact, et, dans ce cas, il y aura un caillot de sang entre lui et la matrice, à l'endroit déchiré : la couleur noire de ce caillot a trompé par sa ressemblance avec la gangrène.

SECTION XVIII.

DEUX MATRICES.

Quelques femmes ont été pourvues de deux matrices au lieu d'une; mais les exemples de cette nature sont fort rares. Chaque matrice n'a, dans ces cas, qu'un seul ovaire et une seule trompe de Fallope, et le vagin est en même temps partagé en deux parties, dont chacune mène à la matrice de son côté. Dans le cas décrit dans les Transactions philosophiques, les deux vagins communiquoient par un trou de la cloison ; mais je ne prétends pas décider sur la singularité ou

la fréquence de cette circonstance dans cette monstruosité.

SECTION XIX.

VARIÉTÉS NATURELLES DE LA MATRICE.

La matrice varie beaucoup par la grandeur dans les différens individus, quelques femmes l'ayant deux fois plus grande que d'autres. Elle diffère aussi par son épaisseur ; sa situation varie aussi beaucoup d'un côté à l'autre du bassin : toutes ces variétés sont de la nature, et non pas des effets de maladie.

SYMPTÔMES.

L'inflammation de la matrice est accompagnée de douleur et de tension à la région hypogastrique, et la douleur augmente par la compression de cette partie ou par l'attouchement du museau de tanche. L'estomac est affecté de vomissement, et le canal intestinal de constipation, quelquefois de diarrhée ; tout le système est éveillé et agité d'un surcroît d'activité ; la fièvre ou affection gé-

nérale se déclare, et le pouls devient extrêmement vite en quelques cas. Si le péritoine s'enflamme dans toute son étendue, il y aura enflure de l'abdomen avec sensibilité excessive, et fièvre plus intense.

L'ulcération de la matrice est accompagnée de douleur de la partie affectée ; cette douleur est souvent des plus intenses. Dans les cas graves, il s'en écoule un pus infect et sanguinolent; si une communication s'est ouverte, par le progrès de la maladie, entre la vessie et le vagin, l'urine s'écoule par cette fausse route, et aggrave les symptômes. Le pouls est petit et fréquent, la figure blême, et le corps émacié vers la fin de la maladie; l'ulcération s'avance dans le vagin, les glandes des aines s'affectent par l'absorption du pus.

L'engorgement squirrheux de la matrice est peu caractérisé jusqu'à ce que le mal ait fait des progrès considérables. Il y a douleur à la région hypogastrique, plus ou moins,

dans les différens cas ; mais ce symptôme lui est commun avec d'autres maladies. Cependant, dans l'état avancé de la maladie, on peut s'assurer de sa nature en examinant les parties par le vagin : on reconnoîtra par l'attouchement que le museau de tanche est dur, et qu'il a plus de volume que dans l'état naturel ; on aura aussi le sentiment d'un plus grand poids, dû à l'accroissement squirrheux de la matrice ; on peut sentir en même temps une tumeur au dessus du pubis. Les signes commémoratifs serviront à distinguer cet accroissement morbifique de la matrice de l'état de grossesse : plusieurs circonstances présentes aideront à établir le diagnostique. Si le squirrhe de la matrice est compliqué d'ulcère, il y aura un écoulement de pus et de sang par le vagin.

Si la matrice ne grossit pas dans l'état tuberculeux, je crois que cet état n'est pas caractérisé par des symptômes particuliers ; mais, lorsque la matrice augmente de volume en même temps, les symptômes sont les

mêmes que ceux du squirrhe ordinaire que nous venons de décrire.

Les symptômes du polype de la matrice sont un écoulement muqueux sanguinolent, et des douleurs fréquentes des lombes; parvenu à un certain volume, on peut le sentir par le vagin. On peut le distinguer de l'ulcération de la matrice, même sans aucun attouchement, par l'histoire du cas, en faisant attention à la marche de la maladie, et en observant que la santé est moins altérée dans le cas de polype que dans celui d'ulcération. Je crois que les glandes des aines ne sont jamais affectées par le polype, tandis qu'elles le sont souvent par l'absorption du pus d'un ulcère de la matrice bien avancé dans le vagin.

L'inversion partielle du fond de la matrice dans sa cavité n'est pas caractérisée par des symptômes propres, au moyen desquels on pourroit la distinguer sur le vivant. Une hémorrhagie abondante l'accompagne, et si

la mort ne survient pas, le flux menstruel est très-abondant, ainsi que l'écoulement muqueux dans les intervalles. L'inversion complète se reconnoît à la tumeur qu'elle forme ; elle ne détermine aucun autre symptôme. Les tentatives faites pour réduire la matrice ont été presque toujours infructueuses.

L'examen des parties suffit pour faire reconnoître la chute de la matrice, et l'examen seul peut éclairer sur toutes les circonstances.

Aucun symptôme propre ne distingue l'hydropisie de la matrice de quelques autres apparences de ce viscère, et l'évacuation seule de l'eau peut la faire reconnoître.

L'existence des hydatides dans la matrice ne détermine aucun symptôme caractéristique, et ne peut être reconnue qu'à leur sortie au dehors par la force expultrice de la matrice; c'est ce qui a lieu généralement avec des

douleurs qui simulent celle de l'enfantement.

On ne peut s'assurer de la rupture de la matrice que par l'examen des parties. La malade éprouve de la douleur et le sentiment de quelque chose qui cède dans l'abdomen, et le vomissement, au moment même de la rupture, d'une matière couleur de chocolat. Tous les efforts de la matrice cessent, ainsi que les douleurs de l'accouchement; le fœtus se contracte, et tombe en partie ou en totalité dans la cavité abdominale.

CHAPITRE XXII.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DES OVAIRES.

SECTION PREMIERE.

INFLAMMATION DE LA TUNIQUE PÉRITONÉALE DES OVAIRES.

Je crois que l'inflammation idiopathique de la tunique péritonéale des ovaires est peu fréquente. Lorsqu'elle en est affectée, ce doit être généralement par communication avec la portion utérine du péritoine, ou par l'affection inflammatoire générale de cette membrane. Son inflammation par l'une ou l'autre de ces causes est assez fréquente, et ne diffère pas par ses symptômes ou par ses suites, de l'inflammation des tuniques péritonéales d'autres parties : des adhérences, suites de l'inflammation, tiennent souvent les ovaires aux parties environnantes.

SECTION II.

INFLAMMATION DE LA SUBSTANCE DES OVAIRES.

La forte inflammation de la matrice, qui peut avoir lieu après l'accouchement, s'étend quelquefois à la substance des ovaires, et se communique à eux. Les ovaires sont augmentés dans cet état; ils deviennent aussi plus durs et plus vasculaires que dans l'état naturel; leur inflammation se termine très-souvent par la suppuration.

SECTION III.

SQUIRRHE DES OVAIRES.

Les ovaires sont quelquefois attaqués de squirrhe, mais beaucoup plus rarement que la matrice. Ils augmentent de volume par cette affection, deviennent plus durs et prennent une couleur blanchâtre. Cette texture altérée est entrecoupée par des cloisons membraneuses, comme dans le squirrhe des autres parties dont nous avons parlé. Ces masses squirrheuses sont disposées à l'ossification,

et c'est ainsi, je crois, que les ovaires s'ossifient ordinairement. Les os en quoi ils se convertissent ont une plus grande proportion de matière terreuse que les os naturels.

SECTION IV.

OVAIRES AUGMENTÉS DE VOLUME ET CONVERTIS EN UNE SUBSTANCE PULPEUSE.

Les ovaires augmentent souvent de volume, et se convertissent en une matière brunâtre pulpeuse. Il s'y forme en même temps des cellules, qui contiennent du fluide.

SECTION V.

SCROPHULES DES OVAIRES.

J'ai vu les ovaires convertis en des masses scrophuleuses, et partagés en cellules.

SECTION VI.

HYDROPISIE DES OVAIRES.

La maladie la plus fréquente des ovaires est l'hydropisie. Souvent toute la substance

d'un ovaire est consumée, et il ne reste à sa place qu'une grande cellule remplie d'un fluide ; cette cellule ou capsule, qui, en quelques cas, est très-considérable, consiste dans une membrane forte, et le liquide qu'elle contient est aqueux et légèrement coagulable.

L'hydropisie des ovaires est généralement opérée par leur conversion en un grand nombre de cellules qui communiquent les unes aux autres par des ouvertures considérables. Leur volume est en même temps prodigieusement augmenté ; un seul ovaire peut être augmenté au point de remplir toute la capacité abdominale. Les ovaires sont souvent convertis en une suite de kystes, sans communication l'un avec l'autre, et dont la grosseur peut varier depuis celle d'une noisette jusqu'à celle d'une orange. Ces kystes consistent en des membranes minces en quelques cas, épaisses dans d'autres, blanchâtres et lamelleuses; ils renferment, ou un fluide séreux mélangé d'une matière glaireuse, ou un fluide tenace et filant, ou bien une matière gélatineuse. Cette matière gélatineuse

est si tenace, qu'on peut l'étendre beaucoup en la tirant; si elle casse, elle se retire encore avec une grande force élastique. Les liquides renfermés dans les différens kystes du même ovaire ne sont pas toujours homogènes, circonstance à laquelle on ne s'attendroit pas *à priori.*

Je crois que les kystes ont été confondus avec les hydatides. Il y a, à la vérité, quelque ressemblance entr'eux, quoique leur nature soit différente; leurs tuniques sont plus fortes et moins pulpeuses que celles des hydatides; le liquide qu'ils renferment est différent: les kystes diffèrent encore des hydatides par la connexion qu'ils ont entr'eux.

Les hydatides sont isolées l'une de l'autre: ou une grande renferme de petites hydatides, ou bien les petites adhèrent aux tuniques des grandes hydatides.

Les kystes des ovaires adhèrent latéralement les uns aux autres par des surfaces d'une certaine largeur, ne se renferment pas mutuellement, et ne paroissent pas

doués de la faculté ou de la propriété génératrice des hydatides, par laquelle se forment les petites hydatides qui s'attachent aux plus grandes. Il paroît naturel de croire que les kystes ne sont autre chose qu'un développement contre nature des petites vésicules qu'on remarque sur les ovaires dans l'état naturel.

SECTION VII.

LES OVAIRES CONVERTIS EN UNE MATIÈRE GRAISSEUSE AVEC DES POILS ET DES DENTS.

Les ovaires se convertissent quelquefois en une matière graisseuse, mélangée de longs poils et de dents, et renfermée dans une capsule membraneuse blanchâtre. La plupart des poils sont libres dans la substance graisseuse, mais une partie adhère à la surface interne de la capsule. Il s'y trouve des dents aussi, mais pour la plupart imparfaites par le défaut des racines : ces dents naissent quelquefois immédiatement de la membrane interne de la capsule ; d'autres

fois elles font partie d'une masse osseuse. On a généralement regardé ces productions comme des germes imparfaits, déterminés cependant par la fécondation; mais il y a lieu de croire qu'elles ne dépendent pas de cette cause. J'ai décrit un cas publié dans les Transactions philosophiques, où il n'étoit guère possible que la fécondation eût lieu. La fille, sujet de cette observation, n'avoit pas, selon toutes les apparences, plus de douze à treize ans. La membrane hymen étoit intacte et parfaite, et la matrice n'avoit pas reçu l'accroissement qu'amène la puberté; tous les autres signes de la puberté manquoient chez elle. D'après toutes ces circonstances, je pense que la matrice de cette fille n'avoit pas été susceptible de l'effet stimulant de la fécondation. Une tumeur composée de poils et de dents, trouvée dans l'estomac d'un homme, avoit été conservée dans la collection du célèbre Ruysch (1). Si ce cas est vrai, et l'on ne peut pas en douter, il me paroît que mon opinion s'en trouve

(1) Ruysch, vol. 2. Advers. anatom.

confirmée

confirmée, et d'une vérité démontrée. Il n'y a nulle possibilité que la fécondation ait aucune part à cette production dans le dernier cas; et si elle peut avoir lieu sans cette cause, pourquoi ne l'auroit-elle pas dans un autre? Ces productions se rencontrent plus souvent dans les ovaires que dans aucune autre partie du corps, vraisemblablement parce que le procédé de leur formation a quelque analogie avec la génération dont les ovaires sont des organes principaux. Je me crois donc fondé à tenir à mon ancienne opinion, malgré les objections qu'on y a faites. Ces masses des ovaires ont ordinairement le volume d'une grosse orange (1).

---

(1) J'ai dernièrement rencontré une substance graisseuse de cette nature, mêlée de poils et des corps de dents couvertes d'émail, dans l'ovaire d'une jeune fille de dix-huit ans. La matrice avoit un volume moindre chez elle qu'elle n'a ordinairement dans l'adulte, même dans l'état de non-fécondation. Il n'y avoit aucune trace de membrane caduque dans sa cavité. Elle ne paroissoit donc avoir subi aucun des changemens qu'elle subit lorsqu'un germe se développe dans la matrice, ou dans la

SECTION VIII.

FŒTUS DANS L'OVAIRE.

On trouve quelquefois un fœtus dans l'ovaire ; ce fœtus parvient rarement au plein accroissement, mais sa formation est ordinairement naturelle. Dans ce cas, au lieu de l'ovaire, dont il ne reste plus aucune trace, on trouve un sac assez fort où est contenu le fœtus. Il y a un placenta attaché à la surface interne de ce sac, et une partie du chorion. On peut s'assurer que ce sac n'est que la transformation de l'ovaire, en suivant la trompe de Fallope et les vaisseaux spermatiques, depuis leur origine jusqu'à leur terminaison. La matrice est plus grosse que dans l'état de non-fécondation, et l'on trouve la

---

trompe de Fallope. L'hymen encore étoit parfait et intact chez elle, et son ouverture extraordinairement petite. La probabilité résultant de toutes ces circonstances ne constitue pas, il est vrai, la certitude absolue : elle ajoute cependant beaucoup de force à l'opinion que nous venons d'émettre.

membrane caduque dans sa cavité. La matrice est donc affectée dans ce cas comme dans la grossesse naturelle, mais dans un moindre degré. Les vaisseaux spermatiques aussi grossissent pour fournir du sang en quantité suffisante au fœtus qui se développe dans l'ovaire.

SECTION IX.

RÉTRÉCISSEMENT DES OVAIRES.

Les ovaires se rétrécissent ordinairement dans l'âge avancé, et subissent en même temps une altération de leur texture. Ils perdent la moitié de leur volume, deviennent tuberculeux, et plus durs que dans leur état naturel. En les incisant dans cet état, on trouve leurs vésicules remplies d'une substance blanche et solide.

SECTION X.

NON-EXISTENCE D'UN DES OVAIRES, OU DE TOUS LES DEUX.

On a observé un cas où l'un des ovaires n'existoit pas ; la collection du docteur

Hunter en renferme un exemple : ce cas est cependant très-rare. On en a rapporté d'autres dans lesquels l'ovaire n'existoit ni d'un côté ni de l'autre.

SYMPTÔMES.

Attendu que les ovaires ne s'enflamment que simultanément avec la matrice, aucun symptôme ne nous fait distinguer ces inflammations l'une de l'autre.

On reconnoît difficilement sur le vivant l'état squirrheux des ovaires. Lorsque l'ovaire a acquis un certain volume, qu'il est couché sur le côté du bassin, et que la personne est en même temps maigre, il est possible que, dans ces circonstances, et par un examen attentif à travers les tégumens et les muscles de l'abdomen, on parvienne à conjecturer l'existence de cette maladie. La tumeur sera beaucoup plus dure qu'elle ne l'est dans le cas d'une hydropisie ou d'une formation d'hydatides. Si les circonstances sont telles, qu'elles rendent impossible l'examen immédiat de l'ovaire, ce n'est que par

conjecture qu'on peut se former une opinion sur la nature de la maladie.

L'hydropisie de l'ovaire ne peut pas être distinguée au commencement ; mais lorsqu'elle a fait des progrès assez considérables pour distendre la région hypogastrique, on peut s'assurer de sa nature par un examen attentif de l'état actuel, et par l'histoire de ses progrès vers cet état. La tumeur est ordinairement plus d'un côté que de l'autre, suivant que l'ovaire du côté droit ou du côté gauche est affecté. La surface de la tumeur est souvent inégale, et l'on peut avoir un sentiment obscur de fluctuation par la percussion. La santé en est rarement altérée, et ses progrès sont si lents qu'on la supporte pendant long-temps, et sans grand inconvénient. La quantité de l'urine n'est guère moindre que dans l'état de santé, et les vaisseaux absorbans de l'ovaire sont peu susceptibles de reprendre une activité salubre par l'action des médicamens. Il y a donc peu d'exemples de la guérison de l'hydropisie de l'ovaire.

CHAPITRE XXIII.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DES TROMPES DE FALLOPE.

SECTION PREMIÈRE.

INFLAMMATION DES TROMPES DE FALLOPE.

L'INFLAMMATION peut s'étendre de la matrice fortement enflammée sur les trompes de Fallope ; elles deviennent, dans ce cas, très-vasculaires, et montrent du sang dans leurs cavités lorsqu'on les ouvre. L'inflammation peut être poussée jusqu'à la suppuration, et, dans ce cas, c'est du pus qu'on trouve dans leurs cavités.

SECTION II.

ADHÉRENCES.

Lorsque le péritoine en général, ou cette partie seulement qui est contiguë aux trom-

pes de Fallope, s'enflamme, la tunique extérieure ou péritonéale de ses trompes s'enflamme aussi. Cette inflammation entraîne presque toujours des adhérences à sa suite, qui lient les trompes de Fallope aux parties environnantes. Il n'est pas rare de trouver le corps frangé de la trompe de Fallope adhérent à l'ovaire; ou si l'inflammation a été violente, de ne trouver aucun reste de ce corps : dans ce cas, la trompe paroît se terminer sur la surface de l'ovaire. L'ouverture de son extrémité est fermée, et l'œuf ne peut plus descendre de l'ovaire dans la matrice.

La petite ouverture par laquelle la trompe de Fallope communique avec la cavité de la matrice se trouve effacée quelquefois, mais pas si souvent que celle de l'autre extrémité.

SECTION III.

HYDROPISIE DES TROMPES DE FALLOPE.

Lorsque la trompe de Fallope se trouve fermée aux deux extrémités, elle se dilate souvent en une grande et tortueuse cavité.

En ouvrant cette cavité, on la trouve remplie d'un fluide aqueux, légèrement coagulable; la cavité même est entrecoupée ou subdivisée par des cloisons membraneuses. Que ce fluide ne soit point sécrété par les artérioles nombreuses de la membrane interne de la trompe, personne, ce me semble, ne peut en douter. La maladie peut être nommée hydropisie.

SECTION IV.

LES TROMPES DE FALLOPE SE TERMINANT EN CUL-DE-SAC.

J'ai observé un vice de conformation des trompes de Fallope, par lequel elles étoient dépourvues de corps frangés et d'ouverture à leur extrémité supérieure, se terminant en cul-de-sac : cette conformation défectueuse rendoit l'acte de la génération impossible, en empêchant l'exercice de leurs fonctions nécessaire à la génération.

SECTION V.

OEUF (OU GERME) DANS LA TROMPE DE FALLOPE.

La trompe de Fallope dilatée renferme

quelquefois un œuf (ou germe) qui s'y étoit arrêté en descendant de l'ovaire à la matrice. L'œuf ainsi arrêté ne périt point, mais s'y développe de même que s'il étoit dans la matrice. Ce fait, avec beaucoup d'autres, prouve que la matrice n'est pas exclusivement propre au développement d'un fœtus, et que d'autres parties sont capables de cette fonction, ou plutôt susceptibles de cette propriété. Le développement graduel et progressif de l'œuf produit la distension proportionnelle de la trompe, qui forme par sa dilatation un sac rond et mince. Les vaisseaux sanguins de l'ovaire et de la trompe de Fallope augmentent de capacité à mesure que le fœtus prend de l'accroissement, et lui fournissent le sang dont il a besoin. En même temps que les choses se passent ainsi dans la trompe, la matrice aussi se dilate au point d'acquérir deux fois sa capacité naturelle; elle devient plus vasculaire, la cavité de son fond se revêt d'une membrane caduque, et son col se bouche d'une substance gélatineuse. Elle subit donc plusieurs changemens exactement analogues à

ceux qu'y détermine l'action stimulante de la fécondation. L'accroissement que prend l'œuf dans cette situation est souvent considérable; il parvient quelquefois au terme même de la grossesse, mais le plus souvent il meurt peu après son organisation vitale. Dans un cas de cette nature, la trompe a été déchirée par le développement progressif du fœtus, et la femme mourut d'hémorrhagie interne. L'histoire claire et détaillée d'un pareil cas a été publiée par le docteur Clarke dans les Transactions médicales et chirurgicales (1).

SECTION VI.

TUMEUR DURE NAISSANT DE LA TROMPE DE FALLOPE.

J'ai observé une tumeur ronde et dure naissant de la surface externe d'une des trompes de Fallope : l'aspect de cette tumeur à l'intérieur étoit précisément le même que celui du tubercule de la matrice, c'est-à-dire

(1) Voyez pag. 216.

une substance blanchâtre, dure, entrecoupée par des cloisons membraneuses fortes. Je crois cette altération de cette partie très-rare.

SECTION VII.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DES LIGAMENS RONDS.

Les ligamens ronds participent à l'inflammation violente de la matrice ; nul doute qu'ils ne soient sujets à d'autres maladies ; mais elles sont si rares, que je n'en puis rien dire d'après mes propres observations : les auteurs se taisent à leur égard.

SYMPTÔMES.

Les symptômes des différens états pathologiques des trompes de Fallope n'ont pas été jusqu'ici déterminés : les difficultés inséparables de la situation des trompes rendront toujours obscurs les symptômes de leurs maladies.

CHAPITRE XIV.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DU VAGIN.

SECTION PREMIÈRE.

INFLAMMATION DU VAGIN.

La surface interne du vagin, près de son ouverture extérieure, s'enflamme souvent, sur-tout par l'application du virus vénérien: mais cela n'offre rien d'intéressant pour l'examen cadavérique.

SECTION II.

AGGLUTINATION DES PAROIS DU VAGIN.

L'inflammation du vagin peut être assez grave pour entraîner l'adhérence de ses parois ensemble. Cette adhérence ou agglutination a lieu en quelques cas sur une grande surface; mais je crois qu'elle est bornée le plus souvent à un point peu étendu où elle produit une constriction plus ou moins forte.

SECTION III.

ULCÈRES DU VAGIN.

L'ulcération du vagin n'est pas rare : quelques uns de ces ulcères ressemblent aux plaies d'un instrument tranchant avec perte de substance; d'autres sont sanieux, de mauvais caractère, d'une surface irrégulière : dans ce cas, l'ulcère n'est pas le plus communément *indigène* du vagin, mais il s'y est étendu de la matrice. L'extension progressive de l'ulcération peut établir des communications avec les parties voisines, et rendre la vie plus affreuse que la mort : ces parties sont le vagin et la vessie, ou le vagin et le rectum.

SECTION IV.

TUMEURS SQUIRRHEUSES DU VAGIN.

Des tumeurs squirrheuses peuvent naître dans le vagin, mais seulement, je crois, par sympathie ou par communication avec la matrice; proviennent-elles encore rarement de cette cause.

SECTION V.

INVERSION DU VAGIN.

Une des maladies les plus fréquentes du vagin est son inversion ou chute. Les dispositions à cette maladie sont un bassin trop ample, largeur excessive de l'ouverture extérieure du vagin, relâchement général des parties. La chute est plus ou moins complète dans les différens cas; dans quelques uns la matrice ne sort pas; dans d'autres, où la chute est complète, on voit l'orifice de la matrice à l'extrémité du vagin. La forme de la tumeur produite par la chute complète varie beaucoup : quelquefois c'est une masse arrondie; d'autres fois, plus étroite et plus allongée, elle s'étend à cinq pouces (anglois) de la surface du corps. Ce dernier cas a été pris pour l'hermaphroditisme. Qu'il nous soit permis de remarquer ici que l'hermaphroditisme, quoique naturel à quelques espèces d'animaux, ou même accidentel en quelques individus, n'a eu jusqu'ici une existence bien avérée dans aucun individu

de l'espèce humaine (1). Le vagin durci par l'inversion long-temps continuée peut s'enflammer en quelques occasions, ce qui en cause ordinairement l'ulcération.

Si l'on examine le bassin dans un cas d'inversion du vagin et de chute de la matrice, on n'y peut appercevoir que le fond de ce

---

(1) Quoique jusqu'ici tous les cas d'un hermaphroditisme prétendu aient paru, par un examen attentif, appartenir à l'un ou à l'autre sexe, cependant un cas que j'ai appris du docteur Storer de Nottingham paroît enlever toute espèce de doute sur la possibilité de la chose, par la réalité même du fait. La personne qui est le sujet de cette monstruosité vit encore : elle a été examinée par le docteur Storer, et plusieurs personnes de l'art, dont on ne peut révoquer en doute la capacité dans un cas de cette nature. J'insérerai ici l'histoire que le docteur Storer m'en a envoyée.

La personne porte le nom et le vêtement d'une femme : elle a l'aspect mâle, les traits ordinaires, le visage sans barbe : elle n'avoit jamais eu d'écoulement ou flux utérin; et, à cause de cela, elle s'étoit adressée à l'hôpital de Nottingham, par le désir de la dame avec laquelle elle vivoit. Elle

dernier organe, avec ses annexes imparfaitement; souvent même la matrice est entièrement cachée, et la vessie paroîtra alors en contact avec le rectum. J'ai vu des adhérences établies entre la matrice et ses annexes, dans cet état, et les parties contiguës, ce qui devoit nécessairement rendre la ré-

---

avoit à cette époque l'âge de vingt-quatre ans, n'éprouvoit aucun mal, et s'étoit rendue à l'hôpital seulement pour complaire à sa maîtresse. On essaya une grande variété de médicamens, sans aucun effet. On soupçonna enfin l'imperforation de l'hymen, et la rétention du sang par cette cause, et l'on s'est avisé d'en faire l'examen; ce que firent M. Wrigat, l'un des chirurgiens de l'hôpital, et le docteur Storer.

On trouva le vagin terminé en cul-de-sac, à deux pouces des grandes lèvres; la tête du clitoris et l'orifice externe de l'urètre ne différoient pas chez elle de ce qu'ils sont chez toutes les femmes; mais les nymphes manquoient; les grandes lèvres étoient plus pendantes que dans l'état naturel, et contenoient chacune un corps qui ressembloit au testicule pourvu de son cordon; les mamelles ressembloient à celles d'une femme. Cette personne n'avoit aucun désir ni pour l'un ni pour l'autre sexe.

duction

duction du vagin et de la matrice très-difficile, ou même impossible, à moins que ces adhérences ne devinssent plus lâches.

SECTION VI.

VAGIN TRÈS-COURT.

Le vagin est quelquefois très-court : je l'ai vu n'avoir que moitié de sa longueur naturelle. Cet état appartient à la conformation primitive, et ne peut être connu que par l'inspection ; il n'y a peut-être aucun moyen d'y remédier.

SECTION VII.

DILATATION DU VAGIN.

La dilatation du vagin est occasionnée par de larges tumeurs qui y peuvent naître et croître, et dont les plus fréquentes sont des polypes. L'ablation de ces tumeurs est suivie du rétrécissement du vagin au point de sa capacité naturelle, à moins que la dilatation n'ait duré trop long-temps.

SECTION VIII.

VAGIN TRÈS-ÉTROIT.

On a vu des cas où le diamètre transverse du vagin étoit beaucoup plus court que dans l'état naturel, par un défaut de conformation primitive. Cette conformation se voit rarement, et l'on y peut remédier jusqu'à un certain point.

SYMPTÔMES.

Les symptômes de l'inflammation de la membrane interne du vagin et de ses lèvres sont trop généralement connus pour avoir besoin d'être décrits ici.

L'adhérence des parois du vagin peut être reconnue par l'examen : on peut la soupçonner à la suite d'une inflammation violente du vagin, sur-tout lorsqu'elle est suivie de rétention du flux menstruel, et que le coït ne peut plus avoir lieu. Si la cohésion des parois du vagin a lieu par de larges surfaces, il est presque impossible de rétablir ce canal dans son état primitif, en décollant les surfaces par une opération chirurgicale. J'ai vu des tentatives de cette nature man-

quer entre les mains les plus habiles, et l'on a besoin de la plus grande dextérité pour éviter de percer la vessie ou le rectum. S'il n'y a que peu de surface intéressée, l'opération y peut remédier, à moins que la cohésion n'ait lieu à l'extrémité supérieure du vagin. Il est impossible, dans aucun cas de cohésion complète de cette nature, de savoir *à priori* si elle a beaucoup ou peu d'étendue : dans tous les cas donc on doit tenter l'opération ; mais elle ne doit être confiée qu'à un chirurgien habile et expérimenté. Il est possible que, dans les cas peu graves, l'accumulation du sang menstruel puisse se faire sentir à travers l'obstacle, le rompre enfin, et prévenir l'opération. Il ne faudroit cependant pas différer celle-ci dans ces sortes de cas, s'appuyant sur un espoir peu certain pour éviter une douleur peu grave.

Les ulcères du vagin ne peuvent être reconnus que par l'examen des parties ; ce qui peut se faire facilement sur le vivant. Plus ou moins de douleur, avec un écoule-

ment purulent les accompagne toujours ; mais l'un et l'autre de ces symptômes appartient également à l'inflammation, sans ulcération.

L'inversion du vagin est accompagnée d'un sentiment de pesanteur et de tiraillement. Une tumeur sort du vagin ; cette tumeur est plus prononcée lorsqu'on est debout, que dans la position horizontale. Un examen attentif des parties peut seul éclairer sur toutes ces circonstances de la maladie sur le vivant.

Des tumeurs croissantes dans le vagin ne peuvent pas être reconnues que par un examen attentif et immédiat.

CHAPITRE XXV.

ÉTATS PATHOLOGIQUES, ET CONFORMATIONS VICIEUSES DES PARTIES EXTERNES DE LA GÉNÉRATION DE LA FEMME.

SECTION PREMIERE.

IMPERFORATION DE L'HYMEN.

La membrane hymen est quelquefois sans ouverture, et le vagin est fermé par conséquent extérieurement. Cet état contre nature, qui est de conformation primitive, ne se fait pas appercevoir ordinairement jusqu'à l'âge de puberté. La rétention du flux menstruel y appelle alors l'attention. Une opération légère y peut remédier avec certitude : ce défaut de conformation primitive n'est donc d'aucune importance.

SECTION II.

GROSSEUR EXCESSIVE DU CLITORIS.

La grosseur excessive du clitoris est aussi

un vice de conformation, plus rare, il est vrai, mais aussi beaucoup plus incommode que le cas précédent. On voit souvent à la naissance, le clitoris plus gros que le penis d'un enfant mâle au même terme; ce clitoris est garni d'un prépuce et d'un gland dont l'extrémité est percée d'un trou, de manière à ressembler presque parfaitement à l'organe mâle. Cette conformation a souvent induit en erreur sur le sexe d'enfans nouveaux-nés, et l'on en a baptisé de femelles pour des mâles. Cependant dans la plupart des cas de grosseur excessive du clitoris, on peut distinguer les sexes aux signes suivans. Les grandes lèvres sont bien conformées; en les maniant, on n'y trouve pas de corps durs et ronds qui pourroient en imposer pour les testicules; la fissure à l'extrémité du gland ne communique pas avec le canal de l'urètre, mais sous le gland et à l'extrémité postérieure de la fissure, il y a une ouverture qui conduit immédiatement à la vessie. Je crois qu'en sondant la vessie avec un petit stylet qu'on passeroit par cet orifice, on pourroit, dans la plupart

des cas, décider sur le sexe de l'enfant (1). Si l'enfant parvient à la maturité, le clitoris croîtra progressivement; mais non pas, je crois, dans la même proportion que le penis. C'est un vice de conformation très-fâcheux, parce que la conscience d'un défaut dans un organe si important, accable et aigrit l'esprit. Des personnes ainsi constituées ont été souvent prises pour des hermaphrodites.

SECTION III.

GROSSEUR EXCESSIVE DES NYMPHES.

Les nymphes ont souvent une grosseur au delà du naturel : cela peut avoir lieu pour toutes les deux à la fois, ou pour une seulement. Dans les cas les plus marqués, elles s'étendent beaucoup de la surface du corps,

(1) Si c'est un enfant femelle, le stylet passera facilement par un canal droit et court; mais si l'enfant est mâle, le stylet ne passera point dans une direction droite, et sans qu'on lui donne une certaine courbure; le canal aura aussi une plus grande longueur.

et se revêtent d'une peau analogue à celle des grandes lèvres, ayant perdu par exposition la peau fine, vasculaire et sensible qui leur est naturelle. Cette monstruosité n'est pas d'une grande importance, parce que l'extirpation peut y remédier, si le cas le demande.

SECTION IV.

JONCTION DES GRANDES LÈVRES.

Les grandes lèvres sont souvent réunies par une ligne de communication, à l'extrémité supérieure de laquelle se trouvent le méat urinaire et le gland du clitoris. Cette monstruosité est rare et facile à remédier : une légère opération les sépare et montre les parties internes dans leur état naturel.

Les grandes lèvres sont quelquefois réunies par la continuation de la peau générale, en sorte qu'elles ne paroissent point exister du tout. L'art peut remédier même à cet état-ci, et les parties internes seront trouvées dans leur état naturel.

Les parties externes, sur-tout la surface interne des nymphes et le vestibule, sont sujettes à l'inflammation et à l'ulcération par toutes les causes ordinaires, sur-tout par le virus vénérien. Quoique ces maladies donnent beaucoup d'inquiétude pendant la vie, elles deviennent rarement le sujet d'examen cadavérique, et nous nous dispenserons d'en parler ici.

Il n'est pas nécessaire de parler des symptômes des cas décrits dans ce chapitre.

CHAPITRE XXVI.

ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES DU CERVEAU ET DE SES MEMBRANES.

SECTION PREMIERE.

INFLAMMATION DE LA DURE-MÈRE.

On observe quelquefois la dure-mère dans l'état d'inflammation ; on y voit alors un grand nombre de petits vaisseaux sanguins, très-déliés, qui charrient un sang vermeil, et qui rampent entre cette membrane et les parois du crâne. Ces vaisseaux ne sont jamais en aussi grand nombre dans la membrane dure-mère que dans beaucoup d'autres parties du corps lors de leur inflammation, ce qui tient à la nature même de la membrane dans son état naturel; on n'y apperçoit que peu

de vaisseaux sanguins, et dans l'état inflammatoire, le développement de ces vaisseaux est moins considérable qu'en d'autres parties qui sont naturellement plus vasculaires : cependant la différence entre les états naturel et inflammatoire ne s'y fait pas moins remarquer que dans toute autre partie du corps.

Dans quelques cas de cette affection, il se forme une concrétion ou couche lymphatique qui adhère, à la manière d'une fausse membrane, à la surface interne de la dure-mère : mais ce fait est rare.

Lorsque la membrane dure-mère s'enflamme, il arrive souvent que des adhérences s'établissent entr'elle et les autres membranes du cerveau, de manière qu'elles ne forment qu'une seule tunique dans une étendue considérable; mais c'est encore un fait rare. La rareté des adhérences des membranes du cerveau entr'elles tient probablement à ce que leur inflammation ne fait exhaler qu'une petite quantité de la lymphe coagulable du sang; particularité qui

les distingue, car, sous d'autres rapports, elles ont de l'analogie avec les membranes qui tapissent les cavités circonscrites du corps; et, dans la plupart des cas d'inflammation, ces dernières exhalent de la lymphe coagulable sur leur surface.

Il n'est pas rare que l'inflammation de la dure-mère, sur-tout si elle vient d'une violence externe, soit suivie d'une suppuration, et que la membrane se trouve couverte de pus.

Quelquefois aussi la membrane dure-mère est corrodée par ulcération; mais cela est loin d'être fréquent : il arrive plus souvent que la gangrène en détruit une portion à la suite de lésions de tête considérables.

SECTION II.

TUMEURS SCROPHULEUSES ADHÉRENTES A LA MEMBRANE DURE-MÈRE.

On a observé, un petit nombre de fois, des tumeurs scrophuleuses adhérentes à la

membrane dure-mère ; elles ressembloient exactement par leur tissu à des glandes absorbantes devenues scrophuleuses, et contenoient en quelques cas du pus grumeleux.

SECTION III.

TUMEURS FONGUEUSES DE LA DURE-MÈRE.

Des tumeurs fongueuses végètent quelquefois sur la membrane dure-mère, mais ce cas est rare ; ces tumeurs, autant que j'ai eu l'occasion de les examiner, sont pulpeuses au toucher, et d'un tissu distinctement fibreux.

SECTION IV.

MATIÈRE OSSEUSE FORMÉE DANS LA MEMBRANE DURE-MÈRE.

L'ossification de quelques portions de la dure-mère est l'état pathologique que cette membrane présente le plus fréquemment ; cet état consiste en lames osseuses de la largeur environ de l'ongle du doigt, mais

en quelques cas elles sont beaucoup plus larges ; ordinairement elles sont minces et leurs bords sont irréguliers. Elles ne se trouvent pas également dans toutes les parties de la dure-mère; mais le plus communément elles sont adhérentes au sinus longitudinal supérieur, ou à son prolongement falsiforme ; en quelques unes d'entr'elles la proportion de la partie terreuse à la partie animale est plus grande que dans l'os naturel.

Souvent il n'y a qu'une seule de ces lames, mais quelquefois il y en a plusieurs ; des observations constatent l'ossification presque totale du prolongement falsiforme, mais ce phénomène est fort rare.

SECTION V.

DES ADHÉRENCES TRÈS-FORTES ENTRE LA DURE-MÈRE ET LE CRANE.

Il existe naturellement une forte adhérence entre la dure-mère et les parois du crâne; cette adhérence a lieu principale-

ment par le moyen des petits vaisseaux sanguins qui passent de l'un à l'autre, et encore par l'application intime du tissu fibreux à l'os. Dans l'état naturel la dure-mère peut néanmoins être facilement séparée du crâne; mais, dans quelques cas, cette adhérence devient si forte, que la séparation n'est plus possible; et, lorsqu'on tente de l'effectuer, la dure-mère se divise en deux feuillets dont l'un adhère à l'os, et l'autre à la pie-mère. Je ne prétends pas décider si cette force d'adhérence non naturelle tient à une inflammation précédente ou non: quoi qu'il en soit, son existence n'est pas rare.

SECTION VI.

ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES DE L'ARACHNOIDE.

Des apparences maladives dans le tissu de cette membrane sont fort rares, et ont été négligées par les auteurs. Le seul changement que j'en ai observé étoit son épaississement au point qu'elle étoit devenue une

membrane assez ferme. Dans cet état, non plus que dans son état naturel, l'arachnoïde ne présente pas, ou presque pas, de vaisseaux sanguins; elle est séparée de la pie-mère par l'interposition d'un fluide séreux.

SECTION VII.

ETATS PATHOLOGIQUES DE LA PIE-MÈRE; TURGESCENCE SANGUINE DE SES VEINES.

L'apparence contre nature la plus ordinaire à la pie-mère est la distension de ses veines par du sang; ce qu'on ne peut pas confondre avec son inflammation, et qui dépend de quelque empêchement au retour du sang au cœur, dont la cause peut être variée. Ses ramuscules artériels, remplis de sang vermeil, ne sont pas plus nombreux que dans l'état naturel, et les veines sont distendues par du sang noir.

SECTION VIII.

INFLAMMATION DE LA PIE-MÈRE.

L'inflammation est plus difficile à distinguer

guer dans la pie-mère que dans tout autre partie du corps ; ce qui tient au grand nombre de petits vaisseaux qui s'y ramifient dans l'état naturel. Toutefois dans l'état inflammatoire ces vaisseaux sont encore plus nombreux, charrient un sang vermeil, et forment par leurs anastomoses un réseau superbe. Il est rare que la pie-mère devienne si uniformément rouge par l'inflammation, qu'il ne reste aucun intervalle entre ses vaisseaux, comme cela arrive à quelques autres parties du corps. Les prolongemens de la pie-mère sont plus remplis de vaisseaux sanguins que dans l'état naturel, et sont plus intimement liés à la substance cérébrale.

Il arrive très-rarement que l'inflammation de la pie-mère produise une couche de lymphe coagulable, comme le fait celle du péritoine et des plèvres. Une forte inflammation de la pie-mère est suivie de suppuration ; j'ai vu toute la surface supérieure du cerveau couverte de pus à la suite de cette affection de la pie-mère. L'observation constate de fortes adhérences d'une étendue

considérable entre la pie-mère et la dure-mère, suites probables de l'inflammation; mais ces apparences sont rares, et ne se sont jamais présentées à moi.

SECTION IX.

TUMEURS SCROPHULEUSES ADHÉRENTES A LA PIE-MÈRE.

J'ai vu un grand nombre de tumeurs scrophuleuses adhérentes à la surface interne de la pie-mère : elles avoient tous les caractères des scrophules déjà décrites, mais leur existence est un phénomène rare.

SECTION X.

DE L'AIR DANS LES VAISSEAUX DE LA PIE-MÈRE.

Il n'est pas rare de trouver quelques uns des vaisseaux de la pie-mère distendus par de l'air. La dégénérescence putride peut être la cause de ce phénomène, mais on l'a observé sans que cette cause eût existé. Dans pareil cas, il est probable que l'air provient d'un changement dans le sang ou dans la

circulation, analogue au mécanisme de la sécrétion en général.

SECTION XI.

HYDATIDES.

De petits kystes (1) contenant de l'eau (qu'on nomme ordinairement hydatides), ont été observés en adhérence avec la pie-mère; mais cette maladie est rare.

SECTION XII.

UNE PORTION DE LA PIE-MÈRE OSSIFIÉE.

Il arrive quelquefois, mais, je crois, rarement, qu'une portion de la pie-mère s'ossifie. Cette altération ne s'est jamais présentée à moi; le docteur Sœmmering dit en avoir un exemple dans sa Collection.

SECTION XIII.

ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES DE LA SUBSTANCE CÉRÉBRALE. INFLAMMATION.

Par substance cérébrale j'entends également le cerveau et le cervelet. L'inflamma-

(1) *Voyez* Lieutaud, vol. 2, p. 145.

tion les attaque l'un et l'autre, mais leur tissu n'est pas fort sujet à cette affection, si ce n'est à la suite de lésions externes de la tête ; quand elle a lieu, quelle qu'en soit la cause, elle est bornée ordinairement à un ou à plusieurs points peu étendus. La portion enflammée devient d'une couleur rouge, peu foncée pour l'ordinaire. L'examen anatomique décèle la cause de ce phénomène dans un grand nombre de petits vaisseaux qui sont alors remplis de sang ; si la portion enflammée se trouve à la surface, alors les portions contiguës des membranes participent à l'affection inflammatoire. Aucune dureté ne se fait sentir dans une portion enflammée ; le toucher ne peut pas distinguer cet état de l'état naturel.

SECTION XIV.

ABCÈS.

Souvent l'inflammation du cerveau se termine par la suppuration et une formation d'abcès. Lorsque ces abcès sont grands, le pus se fraie un passage en désorganisant les

parties voisines, de manière que le tout présente l'aspect d'une partie détruite ou lésée par compression; mais lorsque les abcès sont petits, la cavité où est contenu le pus présente l'aspect d'un ulcère.

SECTION XV.

GANGRÈNE.

La substance cérébrale s'affecte de gangrène en quelques cas, et partiellement. La cause la plus fréquente de cette affection est la lésion de la tête par un corps, ou cause quelconque externe. L'inflammation provenant de tout autre cause la produit rarement; j'en ai pourtant observé un exemple: dans ce cas, la portion enflammée de la substance cérébrale étoit devenue d'une couleur brune noirâtre, et n'avoit pas plus de consistance ou de fermeté que la poire la plus pourrie.

SECTION XVI.

LA SUBSTANCE CÉRÉBRALE TRÈS-MOLLE.

Rien de plus commun que de trouver la substance cérébrale d'une personne morte

depuis quelques jours, d'une mollesse telle, qu'elle n'est pas susceptible d'être coupée net, et que la moindre pression des doigts la réduit en une masse presque diffluente. Quelquefois pourtant le cerveau conserve pendant plusieurs jours la fermeté et la résistance qui lui sont naturelles, et qu'il avoit dans le corps vivant : ni l'une ni l'autre de ces apparences ne doivent être regardées comme produites par maladie.

Quelquefois néanmoins la substance cérébrale s'amollit par cause maladive, au point que sa consistance n'excède guère celle de la crême des petits pots. Le docteur Jean Hunter, médecin au service des armées, a fait l'observation de ce changement dans la substance médullaire des hémisphères du cerveau, près des ventricules latéraux : il a fait la même observation sur des sujets affectés d'imbécillité, et d'un âge avancé ; il a trouvé aussi ce ramollissement, joint à une effusion de sang, dans l'apoplexie.

SECTION XVII.

LE CERVEAU TRÈS-FERME.

Le cerveau est quelquefois plus ferme, plus tenace, et plus élastique, que dans l'état naturel. Il cède et s'allonge dans ce cas par un fort tiraillement, et reprend ensuite sa forme par une force de rétraction : comprimé, il revient également à sa forme primitive, aussitôt que la compression cesse. En quelques cas de cette nature, la capacité des ventricules est augmentée et remplie d'eau ; on a même été jusqu'à dire que le cerveau s'est trouvé parfaitement sec et friable entre les doigts. Dans ces cas, dit-on, la substance médullaire est beaucoup plus légère que dans l'état naturel. Il est probable que ces assertions sont un peu exagérées. On a remarqué que très-souvent le cervelet ne participe pas à ces affections.

SECTION XVIII.

SUBSTANCE BLANCHE ET FERME FORMÉE DANS LE CERVEAU.

Une apparence contre nature qui se pré-

sente assez souvent dans le cerveau est celle d'une substance blanche uniformément lisse, et d'une texture assez ferme. Le cerveau y adhère, et paroît plus vasculaire tout autour de ses bords. Elle est d'une nature scrophuleuse, comme je m'en suis assuré en l'observant passer, en quelques cas, à la suppuration scrophuleuse. Il existe souvent plusieurs de ces substances à la fois.

Il n'est pas rare de trouver des masses arrondies d'une nature particulière, moulées pour ainsi dire dans la substance cérébrale, ou dans ses scissures ; j'en ai vu qui avoient la grosseur d'une noix. L'existence de ces tumeurs est ordinairement accompagnée d'une augmentation de sérosité dans les ventricules latéraux du cerveau.

SECTION XIX.

TUMEURS ENKYSTÉES.

Des tumeurs enkystées contenant un fluide séreux ont été observées plus d'une fois dans la substance cérébrale; mais ce phénomène

ne s'est jamais présenté à mon observation, et doit être regardé par conséquent comme fort rare.

SECTION XX.

DES TUMEURS OSSEUSES COMPRIMANT LE CERVEAU.

Quelquefois des tumeurs osseuses se forment dans le crâne, et compriment le cerveau. Le plus souvent elles consistent dans des masses irrégulières formées par des prolongemens osseux, dont les interstices sont remplis par une substance charnue. Il y a plusieurs exemples de ces sortes de tumeurs dans la collection du docteur Hunter.

L'observation atteste quelques cas, bien rares à la vérité, d'un épaississement uniforme de tous les os du crâne; en sorte que sa capacité diminuoit en raison de leur accroissement morbifique. On en voit dans la collection du docteur Hunter un exemple remarquable, dans lequel les os du crâne étoient au moins trois fois plus épais que dans l'état naturel; leur texture

est aussi plus spongieuse dans ces sortes de cas qu'elle ne l'est ordinairement.

Un *nodus*, ressemblant à de l'ivoire, s'est formé dans les os du crâne, et s'est prolongé considérablement dans sa cavité; ce phénomène est rare, quoique son existence soit bien constatée, et qu'il en existe un exemple dans la collection du docteur Hunter. Quelle que soit la variété de la cause morbifique qui produit ces excroissances et ces changemens de structure des os du crâne, leurs effets sur les fonctions du cerveau sont nécessairement uniformes et les mêmes, puisque ces effets résultent tous immédiatement de la compression.

SECTION XXI.

ÉMINENCES OSSEUSES QUI PRODUISENT UNE IRRITATION DU CERVEAU.

Il y a toujours quelques irrégularités sur la surface interne du crâne, formées par des crêtes nombreuses et de petites éminences, avec des surfaces déprimées interposées. Ces crêtes et ces éminences ont quelquefois un

accroissement contre nature, et se prolongent en épines et en lames tranchantes qui percent la substance cérébrale, et irritent violemment le système nerveux.

SECTION XXII.

HYDROCÉPHALE.

L'accumulation d'eau dans les ventricules (1) du cerveau est une de ces altérations qu'une action morbifique produit le plus souvent dans cet organe. Elle a lieu généralement dans l'enfance, et même avant la naissance. L'eau est en plus ou moins grande quantité suivant les cas ; en quelques uns, cette quantité n'est que de quelques onces ; en d'autres, elle s'élève à plusieurs

(1) M. Home a observé un cas dans lequel une grande quantité d'eau, accumulée dans le troisième ventricule, s'étoit frayé un passage à travers les lames minces de substance médullaire qui composent le *septum lucidum*, sans avoir pénétré dans l'un ni dans l'autre des ventricules latéraux. Ce cas, rare sans doute, peut être regardé comme un siége nouveau de l'hydrocéphale.

pintes (1). Lorsque cette quantité est très-considérable, le fornix est élevé dans son extrémité antérieure par l'accumulation de l'eau, et une communication immédiate s'établit en conséquence entre les ventricules latéraux (2). Par la même cause une partie de l'eau passe facilement dans le troisième ventricule, et de là dans le quatrième. L'eau est d'une couleur plus pure et plus limpide que celle de l'hydropisie du thorax et de l'abdomen ; elle paroît être pourtant, en gé-

---

(1) La pinte angloise est la chopine ou demi-bouteille de France, environ.

(2) Un Auteur distingué insiste, dans une publication récente, sur l'existence d'une communication entre les ventricules latéraux du cerveau, et exprime son étonnement de ce que quelques personnes qui enseignent l'anatomie à Londres en nient l'existence. Sans vouloir m'engager dans cette dispute qui n'en vaut pas la peine, je constaterai brièvement les circonstances, telles qu'elles sont, ou qu'elles me paroissent être. Le fornix, à son extrémité antérieure, repose sur une partie des couches des nerfs optiques : il y a encore de chaque côté du fornix une scissure qui conduit des ven-

néral, de la même nature que celle de ces deux cavités. Elle s'est coagulée avec les acides, en quelques expériences que j'ai faites, précisément comme l'eau de l'hydrothorax, de l'ascite, ou comme le sérum du sang; mais la proportion de la partie coagulable varie beaucoup. En quelques cas d'hydrocéphale, l'eau ne contient qu'une très-petite proportion de matière coagulable; en d'autres encore, elle n'en contient presque point. Cette

---

tricules latéraux dans la partie antérieure du troisième ventricule. Tant que le fornix reste dans sa situation naturelle, aucune communication immédiate ne paroît exister entre les ventricules latéraux; mais lorsque le fornix est élevé (ce qui peut facilement avoir lieu), alors les ventricules latéraux communiquent entr'eux, et la communication est plus ou moins étendue, suivant le degré de cette élévation. On peut dire encore que les ventricules latéraux communiquent entr'eux par le moyen du troisième ventricule; cela ne paroît pourtant pas être une communication, à proprement parler, à moins qu'on ne convienne de dire que deux cavités quelconques, qui communiquent avec une troisième, communiquent aussi par-là même entr'elles.

variété dépend probablement du mode d'action des petits vaisseaux qui épanchent le fluide. Lorsque l'eau accumulée dans les ventricules est en grande quantité, la substance cérébrale, sur-tout sur les côtés et à la surface supérieure, ressemble à un sac pulpeux contenant un fluide. Le volume du crâne est fort augmenté dans ces cas; sa forme est aussi changée : le crâne est très-grand, comparé à la grandeur de la face. Les centres d'ossification des os frontal, pariétal et occipital, envoient des prolongemens osseux très-considérables, et les membranes qui séparent ces os, l'un de l'autre, sont beaucoup plus larges que dans l'état naturel. En enlevant les tégumens, on trouve les os du crâne fort minces, leur épaisseur souvent n'excédant pas celle d'une pièce de vingt-quatre sous : ils ont aussi quelquefois des points membraneux. La cause de ce phénomène est dans la marche de l'ossification qui, commençant en même temps en plusieurs points de l'os, s'arrête au milieu du travail par la rapide accumulation de l'eau. Dans ces sortes de cas, la

maladie est chronique, quelquefois de plusieurs années.

SECTION XXIII.

DE L'EAU SUR LA SURFACE DU CERVEAU ET ENTRE SES MEMBRANES.

On trouve aussi quelquefois de l'eau sous la pie-mère et sur la surface du cerveau, mais rarement en quantité considérable : il y a, en même temps, pour l'ordinaire, un épanchement morbifique dans les ventricules.

Il se trouve aussi quelquefois de l'eau entre la dure-mère et la pie-mère.

Les auteurs rapportent quelques cas d'épanchement aqueux entre la dure-mère et le crâne (1). Mais en considérant la nature de l'adhérence de ces parties, on ne peut bien concevoir cet épanchement, et on doit regarder un pareil cas comme très-rare.

---

(1) Lieutaud, vol. 1, pag. 229, 230.

SECTION XXIV.

EFFUSION OU EXTRAVASATION DE SANG.

On trouve fréquemment du sang épanché en plusieurs endroits de la cavité du crâne, par la rupture de quelque vaisseau dans la substance cérébrale même, ou bien dans quelqu'un des ventricules. L'effusion a lieu fréquemment sur la surface du cerveau, ou sur quelqu'une de ses membranes. Ce dernier cas arrive le plus souvent à la suite d'un coup. La quantité de cette effusion de sang, provenant de la rupture des vaisseaux du cerveau, est quelquefois très-considérable. Le sang se trouve assez souvent coagulé, et les parties environnantes sont ordinairement lésées par la pression. Toutes les parties de la substance cérébrale ne paroissent pas également susceptibles d'épanchement sanguin. Il a lieu, le plus ordinairement, lorsqu'il ne vient pas d'une cause externe, dans la partie médullaire de l'un ou l'autre hémisphère du cerveau, et souvent près des

des ventricules latéraux, de manière que le sang entre dans une de ces cavités ou dans toutes les deux. Il arrive quelquefois que le cerveau est d'une consistance très-molle à l'endroit de cet épanchement; cette observation a été faite par le docteur Jean Hunter. Lorsque l'épanchement a lieu par cause externe, le système vasculaire est ordinairement sain, excepté à l'endroit même de la rupture; mais, lorsqu'il a lieu sans cette cause, on trouve presque toujours le système vasculaire du cerveau morbifiquement affecté. Très-souvent, en examinant les cerveaux de personnes avancées en âge, on trouve que les troncs des artères carotides, situés sur les côtés de la selle turcique, sont affectés de maladie, et que cette affection s'étend fréquemment, plus ou moins, dans les petites branches. La maladie consiste dans le dépôt d'une matière osseuse ou terreuse dans les tuniques des artères, ce qui les rend moins contractiles, moins dilatables, et moins tenaces. Cette même affection se trouve aussi dans l'artère basilaire et dans ses branches. Les vaisseaux du cerveau sont

plus sujets à rupture dans cet état que dans celui de santé, toutes les fois que du sang s'y accumule, ou que la circulation se fait avec vigueur. Ces circonstances peuvent servir de cause prédisposante; et en effet l'accident a souvent lieu par leur concours. Si les artères carotides et l'artère basilaire n'étoient pas sujettes à cette altération de tissu que nous venons de décrire, les effusions de sang dans la cavité du crâne, sans cause externe, seroient probablement beaucoup plus rares.

SECTION XXV.

CAVITÉS DANS LE CERVEAU CONTENANT UN FLUIDE SÉREUX.

Des cavités servant de réservoir à un épanchement séreux ont été quelquefois observées dans la substance cérébrale; elles ont lieu presque toujours dans la partie médullaire des hémisphères, et sont ordinairement tapissées d'une membrane ou substance coriace. Elles semblent être les restes des cavi-

tés formées par épanchement sanguin en certains cas d'apoplexie, dans lesquels les malades n'auroient pas succombé immédiatement, ayant survécu de quelques mois, ou même de quelques années. Le sang épanché auroit été absorbé dans ces cas, mais le mal n'auroit pas tout-à-fait disparu, les cavités restant toujours et occasionnant ainsi une accumulation de sérum (1).

SECTION XXVI.

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE CAROTIDE INTERNE SUR LE CÔTÉ DE LA SELLE TURCIQUE.

Les artères carotides internes sont très-sujettes à s'ossifier dans l'âge avancé, et l'on

(1) J'ai eu dernièrement une occasion de voir un cas bien caractérisé de cette nature, dans un sujet qui avoit eu plusieurs accès d'apoplexie, et qui en a été victime à la fin.

Le docteur Hunter en a observé plusieurs exemples. Un cas de cette nature s'est présenté à M. Wilson, professeur de chirurgie, dont les connoissances anatomiques sont bien connues : la cavité, dans ce cas, étoit très-considérable.

peut suivre la même altération morbifique le long de leurs branches ; mais il est rare qu'on les trouve distendues en un sac anévrismal, comme les artères de quelques autres parties du corps. Cependant, un cas semblable est venu à ma connoissance; les artères carotides étoient distendues et formoient un petit sac anévrismal sur les deux côtés de la selle turcique (1); l'un de ces sacs avoit la grosseur d'une petite cerise, l'autre étoit un peu moins gros. Il est bien remarquable que, dans les deux cas d'anévrisme des artères de la tête et du cerveau, dont j'ai eu connoissance, les artères des deux côtés ont été affectées en même temps et dans le même endroit. J'ai moi-même observé un anévrisme des deux artères carotides à l'origine des carotides internes ; ce cas, ajouté à celui des carotides internes dont il a été fait mention ci-dessus, présente une analogie ou sympathie d'affection bien frappante.

---

(1) Je dois la connoissance de ce cas au docteur Blane.

SECTION XXVII.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DU PLEXUS CHOROÏDE; PETITES POCHES DANS CE PLEXUS.

L'état pathologique le plus commun du plexus choroïde consiste en deux petites poches rondes, transparentes, qui lui adhèrent, et qui reçoivent communément le nom d'hydatides; leur grosseur ordinaire est celle d'un pois, mais on les a vues grosses comme une groseille. Je crois, d'après des examens répétés, qu'elles sont dues à la distension de la veine qui passe sur le bord du plexus choroïde; je suis parvenu à les distendre par de l'air en ouvrant cette veine, et en y soufflant avec un chalumeau.

SECTION XXVIII.

TUMEURS RONDES ADHÉRENTES AU PLEXUS CHOROÏDE.

Des tumeurs adhèrent quelquefois au plexus choroïde; ces tumeurs qui sont petites et d'une forme arrondie existent rarement. Elles paroissent être de la même nature que les tumeurs rondes qu'on trouve quelque-

fois dans la substance cérébrale, et qui sont, selon moi, scrophuleuses.

SECTION XXIX.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DE LA GLANDE PINÉALE.

On trouve presque toujours dans la substance de cette glande une matière terreuse, dont la quantité varie; souvent elle est très-considérable. Les parties de cette matière n'adhèrent pas fortement ensemble, car la pression des doigts en rompt facilement la cohésion. Son existence dans la glande pinéale est si commune, qu'on ne la peut pas regarder comme un cas de maladie: cependant je crois avoir trouvé plus d'une fois cette glandesans aucun dépôt de cette nature.

SECTION XXX.

GLANDE PINÉALE SQUIRRHEUSE.

Quelques auteurs ont rapporté des observations du squirrhe de la glande pinéale; je l'ai trouvée plus ferme en quelques cas qu'en d'autres; mais je n'y ai jamais vu cette altération de texture qu'on appelle strictement

squirrhe, et je la crois une maladie très-rare.

SECTION XXXI.

DE L'EAU DANS LA GLANDE PINÉALE.

On a trouvé la glande pinéale très-distendue par de l'eau limpide ; mais c'est encore une maladie bien rare(1).

SECTION XXXII.

ÉTATS PATHOLOGIQUES DE LA GLANDE PITUITAIRE.

Cette glande est très-sujette à s'affecter de maladie; il ne m'est arrivé cependant de la voir altérée qu'une seule fois. Dans ce cas, elle avoit deux fois son volume naturel, et sa substance avoit été changée en une texture fibreuse peu développée.

SECTION XXXIII.

ALTÉRATIONS MORBIFIQUES DES NERFS.

Il arrive rarement qu'on trouve les nerfs

(2) Morgagni, epist. 62, art. 15.

affectés de maladie au dedans de la cavité du crâne; cependant j'ai quelquefois vu un nerf d'un volume moindre que le naturel, d'une texture plus molle, et d'une couleur moins opaque. Je me rappelle d'avoir fait cette observation particulièrement sur un des nerfs optiques d'une personne qui avoit perdu l'usage d'un de ses yeux (1).

Le volume des nerfs varie beaucoup par la conformation primitive, sans qu'aucune maladie contribue à cette différence.

SECTION XXXIV.

VICES DE CONFORMATION DU CERVEAU.

A l'exposé de ces altérations principales du cerveau et de ses annexes, je n'ai qu'à

(1) J'ai vu un cas d'une grosse tumeur, formée dans un nerf, dont la texture étoit solide; la couleur, d'un blanc-jaunâtre; la grosseur, celle d'un œuf d'oie : le nerf étoit presque perdu dans cette tumeur, dont une portion présentoit assez distinctement un tissu fibreux analogue à celui des nerfs. Elle avoit lieu dans un des nerfs axillaires, et fut extirpée par M. Home, à l'hospice de St.-Georges.

ajouter que le cerveau est sujet à une grande variété dans sa conformation monstrueuse. En quelques cas, une grande partie du cerveau manque, tandis que le cervelet et la moelle épinière sont entières et d'une conformation parfaite. En d'autres cas, il n'existe presque aucune partie ni du cerveau, ni du cervelet, la moelle épinière n'étant en même temps que d'un très-petit volume; il se trouve des cas encore dans lesquels on ne trouve ni moelle épinière, ni substance cérébrale; dans ces derniers, on s'attendroit naturellement au manque total des nerfs : il n'en est pourtant pas ainsi. Les nerfs des membres existent comme dans l'état naturel; et l'on voit les nerfs dorsaux partir d'une membrane qui existe dans le canal vertébral, et qui ressemble à la dure-mère; dans plusieurs cas de non existence de la substance cérébrale, on trouve la moelle épinière, quoique d'un volume moindre que le naturel. Dans ces cas de conformation défectueuse, le crâne est à peu près au même niveau que les yeux, et souvent, en même temps, il existe une excroissance spongieuse sur ses tégumens.

Cette excroissance est ordinairement partagée en masses distinctes et protubérantes que recouvre une peau fine susceptible de recevoir une injection qui en démontre la grande vascularité: l'ouverture en étant faite, on y voit une texture celluleuse, dont les cellules sont remplies d'une matière grumeleuse.

Il y a souvent, au lieu de cette excroissance, une poche qui, naissant des tégumens du crâne, couvre plus ou moins la partie postérieure du trone. Cette poche est quelquefois composée d'une membrane fine, peu forte; d'autres fois cette membrane est épaisse, et offre une résistance assez grande. Elle communique en quelques cas avec la cavité du crâne par une ouverture considérable; en d'autres cas, cette communication est très-étroite. Un fluide aqueux, et quelquefois une portion de la substance cérébrale, remplissent cette poche.

SYMPTÔMES.

L'inflammation de la dure-mère n'est pas caractérisée par des symptômes particuliers

ou distincts de ceux qui accompagnent l'inflammation des autres membranes, et même elle se distingue peu de l'inflammation de la substance cérébrale : ces symptômes sont, la douleur de tête, le délire, une fièvre symptomatique, et quelquefois des mouvemens convulsifs.

Lorsque des tumeurs ont été trouvées adhérentes à la dure-mère ou aux autres membranes du cerveau, une douleur de tête persistante et continuelle s'étoit fait remarquer; et quelquefois du délire ou des convulsions; ou bien, suivant quelques uns, les symptômes ordinaires de l'apoplexie.

Des mouvemens convulsifs accompagnent presque toujours l'ossification de la dure-mère, avec des prolongemens pointus; souvent aussi il y a mal de tête continuel, et délire.

Un état comateux, et quelquefois du délire, caractérisent la turgescence sanguine

des veines de la pie-mère ; l'apoplexie parfaite en est un symptôme, suivant quelques autorités.

Les symptômes d'inflammation de la pie-mère ne diffèrent pas de ceux déjà décrits de la dure-mère.

L'inflammation de la substance cérébrale est accompagnée de mal de tête, de délire, d'une fièvre symptomatique et quelquefois du coma.

Un abcès de la substance cérébrale est indiqué par de la douleur, du délire et le coma ; quelquefois par une paralysie partielle ; d'autres fois par des convulsions.

Le dernier symptôme a été observé le plus fréquemment, lorsque les abcès se sont formés dans la protubérance annulaire, dans la moelle allongée, ou dans des parties assez voisines des premières, pour que le pus affectât celles-ci par sa compression.

On a trouvé, en quelques cas de manie, le cerveau plus ferme et plus élastique que dans l'état naturel. Je sais pourtant, depuis quelque temps, et d'après la meilleure autorité, que cet état du cerveau n'est pas commun chez les maniaques; et que cet organe n'est pas, pour l'ordinaire, plus ferme, ni plus élastique chez eux, que chez des personnes dont l'esprit n'avoit éprouvé aucun trouble.

Les symptômes déterminés par la formation de tumeurs, solides ou enkistées, du cerveau, et reconnus par l'observation, sont un malaise, ou une douleur permanente de tête, quelquefois le délire, d'autres fois des mouvemens convulsifs; ou même, suivant quelques uns, les symptômes ordinaires de l'apoplexie. Il est bon de remarquer ici que, si des tumeurs, quelle qu'en soit la nature, compriment les couches des nerfs optiques, ou ces nerfs eux-mêmes au dedans du crâne, la vision en est lésée et viciée d'une manière variée; mais, si ces tumeurs compriment la

protubérance annulaire, ou la moelle allongée, des mouvemens convulsifs en résultent ordinairement.

Les symptômes d'hydrocéphale sont le mal de tête, le coma, des mouvemens convulsifs, le grincement des dents pendant le sommeil; des bouffées de chaleur, la dilatation des pupilles, et, vers la fin de la maladie, le regard louche. L'estomac est, pour l'ordinaire, maladivement affecté, et le canal intestinal peu sensible aux remèdes purgatifs. Au commencement de cette maladie, le pouls est fréquent, mais régulier: dans une époque avancée, il est lent et irrégulier; mais il redevient encore, vers la fin, irrégulier et fréquent. Lorsque la maladie a marché lentement, et que la vie a traîné pendant quelques mois, ou même quelques années, on a observé les fonctions du cerveau moins lésées qu'on ne s'y seroit attendu, jusque vers la fin de la maladie.

Le malade est plus ou moins dans un état

comateux à la suite d'un épanchement de sang sur quelques unes des membranes du cerveau, suivant le degré de cet épanchement et la sensibilité du cerveau aux effets de la compression.

Des exemples sans nombre démontrent que les fonctions du cerveau peuvent être diversement affectées par la même cause apparente.

Lorsque l'épanchement du sang se fait dans la substance cérébrale, il en résulte l'apoplexie, dont les symptômes sont, le coma, souvent une respiration stertoreuse, la paralysie ordinairement hémiplégique, des mouvemens convulsifs assez fréquemment. Lorsque le malade ne succombe pas tout de suite, mais qu'il survit quelque temps à l'attaque, l'hémiplégie, qui est la suite presque constante de cette maladie, affecte le côté du corps opposé à celui affecté du cerveau. D'après ce fait il semble qu'on devroit croire que

les nerfs du côté gauche viennent du côté droit du cerveau, et *vice versâ* (1).

---

(1) Le docteur Hunter a fait des dissections très-délicates et très-exactes, relatives à l'apoplexie et à ses suites. Ces dissections ont été le sujet des lectures Gulstoniennes, en 1796, devant le collége des médecins. Ces lectures m'ont fourni les moyens d'expliquer avec plus de détail, qu'autrement je n'aurois pu le faire, les altérations pathologiques, suites de cette maladie.

FIN.

TABLE

DES MATIERES.

CHAP. Ier. États pathologiques du péricarde, pag. 1. — Inflammation du péricarde, *ibid.* — Adhérences du péricarde au cœur, 7. — Hydropisie du péricarde, 8. — Tumeurs scrophuleuses du péricarde, 10. — Le péricarde presque sec, 11. — Le péricarde cartilagineux et osseux, 12. — Non existence du péricarde, 13. — Symptômes, 15, et suivantes.

CHAP. II. États pathologiques du cœur, 19. — Inflammation du cœur, *ibid.* — Taches blanches à la surface du cœur, 20. — Du polype, 21. — Anévrisme du cœur, 24. — Anévrisme de la crosse de l'aorte, 25. — Ossification des valvules semi-lunaires, 30. — Valvules semi-lunaires devenues épaisses et opaques, 31. — Ruptures des valvules, *ib.* — Ossification des valvules ventriculo-auriculaires, 32. — Les mêmes valvules devenues épaisses et opaques, *ibid.* — Rupture du cœur, 33. — Du sang dans le péricarde sans rupture du cœur, 34. — Vice de conformation du cœur, 35. — Observations, 36, et suiv. — Le volume du cœur augmenté, 40. Hydatides du cœur, 41. Une portion du cœur osseuse ou terreuse, *ibid.* — Symptômes, 42, et suiv.

CHAP. III. Altérations pathologiques observées dans le thorax, 48. — Inflammation, *ibid.* — Adhérence de la cavité du thorax, 51. — Empyème, 52. — Hydrothorax, 54. — Les plèvres devenues presque sèches, 55. — Ossification des plèvres, 56. — Symptômes, 57.

CHAP. IV. États pathologiques des poumons, 62. — Inflammation, *ibid.* — Abcès des poumons, 64. — Tubercules des poumons, 66. — Tubercule mou et pulpeux, 70. — Amas d'eau dans la substance des poumons, 71. — Poumons distendus par de l'air, 72. — Cellules aériennes des poumons augmentées, 73. — Vésicules aériennes attachées aux bords des poumons, 74. — Les poumons changés en substance qui ressemble au foie, 75. — Les poumons devenus osseux, 76. — Une tumeur solide comprimant les poumons, 77. — Des concrétions terreuses dans les poumons, *ibid.* — Des hydatides, 78. — Symptômes, *ibid.*

CHAP. V. États pathologiques de la glande thyroïde du larynx, et des parties contenues dans le médiastin posté-

rieur, 83. — Inflammation de la glande thyroïde bronchocèle, 84. — La glande thyroïde squirrheuse, 86. — La glande thyroïde convertie en os, 87. — Les cartilages du larynx ossifiés, 88. — Ulcères dans la cavité du larynx, 89. — États pathologiques des parties contenues dans le médiastin postérieur, 90. — États pathologiques de la trachée, *ibid.* — Apparence de la trachée dans le croups, 91. — Du polype, 92. — La trachée devenue squirrheuse, 94. — Les anneaux de la trachée ossifiés, 95. — Ulcère de la trachée, 96. — États pathologiques de l'œsophage, *ibid.* — Constriction spasmodique de l'œsophage, 97. — Resserrement de la membrane interne de l'œsophage, 98. — Constriction accompagnée d'ulcère, 99. OEsophage devenu cartilagineux, 101. — Fongus dans le pharynx, *ibid.* — Tumeur scrophuleuse dans le pharynx, 102. — Poche formée à l'extrémité inférieure du pharynx, 103. — De l'aorte descendante, 105. — La veine azygos variqueuse, *ibid.* — Rupture de la veine azygos, 106. — Le canal thorachique variqueux, 107. — Canal thorachique obstrué, *ibid.* — Rupture du canal thorachique déchiré, 108. — Glandes absorbantes devenues scrophuleuses, *ibid.* — Glandes absorbantes devenues squirrheuses, 109. — Glandes absorbantes devennes osseuses, 110. — Du médiastin antérieur, 111. — Des altérations pathologiques du thymus, *ibid.* — Symptômes, 112.

CHAP. VI. Apparences produites dans la cavité de l'abdomen par cause maladive, 122. — Inflammation du péritoine, 125. — Adhérences dans la cavité de l'abdomen, 128. — Des masses scrophuleuses adhérentes au péritoine, 129. — Tumeurs cancéreuses adhérentes au péritoine, 131. — Tumeurs stéatomateuses adhérentes au péritoine, *ibid.* — Hydatides dans l'abdomen, 132. — De l'air dans la cavité de l'abdomen, *ibid.* — Symptômes, 134.

CHAP. VII. États pathologiques de l'estomac, 138. — Inflammation, *ibid.* — Ouvertures des estomacs, 140. — Ulcère de l'estomac, 141. — Cancer et squirrhe de l'estomac, 142. — Tumeurs squirrheuses circonscrites de l'estomac, 145.

CHAP. VIII. Poche formée dans l'estomac, 147. — Constriction du pylore, *ibid.* — L'estomac très-contracté, 148. — L'estomac distendu par de l'air, 149. — Portion de l'estomac dissoute par le suc gastrique, 150. — Tumeurs adipeuses dans l'estomac, 152. — Calculs dans l'estomac, *ibid.* — Papilles morbifiques observées dans l'estomac, 153. — Pustules de la petite vérole observées dans l'estomac, *ibid.* — Symptômes, 154.

CHAP. IX. États pathologiques des intestins, 157. — Inflammation, *ibid.* — Intus-susception, 163. — Des hernies, 164. — De la hernie congénitale, 170.

CHAP. X. Du squirrhe et du cancer des intestins, 173. — Altérations pathologiques des intestins par la dyssenterie, 176. — Replis épaissis de la membrane interne des gros intestins, 177. — Hémorrhoïdes, 178. — De la fistule à l'anus, 180. — L'extrémité inférieure du rectum en cul-de-sac, 181. — Le rectum terminant dans la vessie, 182. — Vers, *ibid.* — De l'air accumulé dans les intestins, 191. — Matière osseuse formée dans les intestins, 192. — Anneau saillant formé dans la cavité de l'intestin jéjunum, 193. — Matière calculeuse trouvée dans les intestins, 194. — Pustules de la petite vérole sur les intestins, *ibid.* — États pathologiques du mésentère, 195. Symptômes, 198.

CHAP. XI. États pathologiques du foie, 207. — De l'inflammation de la membrane, *ibid.* — Adhérences, 208. — Tuniques du foie converties en cartilages, 209 — Inflammation de la substance du foie, 210. — Tubercule commun du foie, 212. — Grand tubercule blanc du foie, 214. — Tubercule mou brunâtre du foie, 216. — Tumeurs scrophuleuses du foie, 217. — Foie falsque avec des tumeurs rougeâtres, *ibid.* — Substance du foie très-molle, 218. — La substance du foie très-endurcie, 219. — Hydatides, 220. — Kystes du foie contenant une matière terreuse, 224. — Rupture du foie, 225. — Vers du foie, 226. Symptômes, 227.

CHAP. XII. États pathologiques de la vésicule du fiel, 232. — Inflammation de ses tuniques, *ibid.* — Adhérences, 233. — Ulcération de la vésicule du fiel, *ibid.* — Épaississement des tuniques de la vésicule du fiel, 234. — Tuniques de la vésicule du fiel devenues osseuses, *ibid.* — Altérations pathologiques des canaux biliaires; leur dilatation, 235. — Communication contre nature entre la vésicule du fiel de l'estomac, 237. — Calculs biliaires, *ibid.* — De la bile, 243. — Hydatides de la vésicule du fiel, 245. — Non existence de la vésicule du fiel, *ibid.* — Symptômes, 246.

CHAP. XIII. États pathologiques de la rate, 249. — Inflammation des tuniques de la rate, *ibid.* — Adhérence, 250. — Inflammation de la substance de la rate, *ibid.* — La rate devenue extrêmement molle, 251. — Induration de la rate, 252. — Tubercule de la rate, 253. — Tuniques de la rate cartilagineuses, *ibid.* Grosseur excessive de la rate, 255. — Hydatides de la rate, *ibid.* — Concrétions pierreuses de la rate, 256. — Rupture de la rate, *ibid.* Plusieurs petites rates, 257. — Non existence de la rate, 258. — Symptômes, 259.

CHAP. XIV. États pathologiques du pancréas, 262. — Inflammation du pancréas, *ibid.* — Induration du pancréas, *ibid.* — Calculs du pancréas, 263. — Non existence du Pancréas, 264. — Symptômes, 265.

CHAP. XV. Etats pathologiques des reins, 267. — Inflammation de la capsule rénale, *ibid.* — Abcès des reins, 268. — Tubercules scrophuleuses des reins, 270. — Squirrhe des reins, *ibid.* — État des reins dans le diabétès, 271. — Les reins ramollis, 272. — Hydatides des reins, 274. — Calculs des reins, 276. — Dégénérescence des reins en matière osseuse ou terreuse 279. — Variétés de conformation primitive des reins, 280. — Etats pathologiques des capsules rénales, 281. — Abcès des capsules rénales, 282. — Scrophules des capsules rénales, *ibid.* — Symptômes, 283.

CHAP. XVI. États pathologiques de la vessie, 286. — Inflammation de la tunique peritonéale de la vessie, *ibid.* — Inflammation de la membrane interne, 287. — Ulcères, 288. — Squirrhe et cancer, 290. — Excroissances fongueuses, 291. Polype de la vessie, 292. — Prolongemens de la membrane interne, *ibid.* — Des kystes en communication avec la vessie, 293. — Epaississement de la tunique musculaire, 294 — La vessie partagée en deux chambres, 296. — Calculs 298. — Distension de la vessie, 307. — Contraction de la vessie, 308. — Manque de la partie antérieure de la vessie, *ibid.* — Communication entre la vessie et le rectum par vice de conformation, 309. — Partie dans le sac herniaire, *ibid.* — Symptômes, *ibid.*

CHAP. XVII. Etats pathologiques des vésicules séminales, 315. — Inflammation des vésicules séminales, *ibid.* — Scrophules des vésicules séminales, 316. — Canaux des vésicules séminales terminées en cul-de-sac, *ibid.* — Vésicules séminales très-petites, 317. — Manque d'une vésicule séminale, 318. — Squirrhe des vésicules séminales, *ibid.* — Petites pierres trouvées dans les vésicules séminales, *ib.* — Symptômes, 319.

CHAP. XVIII. Etats pathologiques de la glande prostate, 320. Abcès de la glande prostate, *ibid.* — Scrophules de la glande prostate, *ibid.* Squirrhe de la glande prostate, 321. — Calculs des canaux de la glande prostate, 223. — Canaux excréteurs de la glande prostate augmentés de capacité, 324. — Glande prostate extrêmement petite, 325. — Symptômes, 326.

CHAP. XIX. Etats pathologiques de l'urètre, 329. — Abcès, *ibid.* — Fistules, 330. — Calculs dans la cavité de la partie membraneuse de l'urètre, *ibid.* — Glandes de Cowper rarement malades, 332. — Inflammation de la membrane interne de l'urètre, 339. — Ulcère de l'urètre, 333. — Constriction de l'urètre, *ibid.* — Caroncules dans l'urètre, 334. — Couches de matières terreuses dans l'urètre, 335. — Orifice contre nature de l'urètre, *ibid.* Symptômes, 336.

CHAP. XX. Etats pathologiques des testicules et du cordon spermatique 338. — De l'hydrocèle, *ibid.* — Hydatides, 339. — Corps cartilagineux libres dans la tunique vaginale, 340. — Adhérences, *ibid.* — Inflammation du testicule, 341. — Abcès du testicule, 342. — Scrophules des testicules, *ibid.* — Testicule augmenté et pulpeux, 343. — Squirrhe et cancer du testicule, *ibid.* — Testicule cartilagineux, 344. — Ossification du testicule, 345. — Kiste adhérent au testicule, et contenant un vena-médinensis, *ibid.* — Epididyme terminant en cul-de sac, 346. — Constriction du canal déférent, 347. — Testicules très-petits et atrophiés, *ibid.* — Etats pathologiques du cordon spermatique, squirrhe du cordon spermatique, 348. — Scrophules du cordon spermatique, 349. — Varices du cordon spermatique, 350. — Accumulation de l'eau dans le tissu cellulaire du cordon spermatique, *ibid.* — Sac du cordon spermatique contenant de l'eau, 351. — Symptômes, 352.

CHAP. XXI. Etats pathologiques des organes de la génération de la femme, 355. — Inflammation de la matrice, *ibid.* — Ulcères malins de la matrice, 356. — L'accroissement squirrheux de la matrice, 358. — Tubercules de la matrice, 359. Polype de la matrice, 360. — Inversion de la matrice, 362. — Chute de la matrice, 363. — Constriction de la cavité de la matrice, 364. — Contraction de la fermeture du museau de tanche, *ibid.* — Ossification de la matrice, 365. — La matrice convertie en une matière terreuse, *ibid.* — Masse osseuse dans la cavité de la matrice, 366. — Pierres dans la cavité de la matrice, *ibid.* — Fœtus mort dans la matrice, converti en une matière terreuse, 367. — De l'eau dans la cavité de la matrice, 368. — Hydatides de la matrice, 369. — Rupture de la matrice, 370. — Deux matrices, 371. — Variétés naturelles de la matrice, 372. — Symptômes, *ibid.*

CHAP. XXII. Etats pathologiques des ovaires, 378. — Inflammation de la tunique péritonéale des ovaires, *ibid.* — Inflammation de la substance des ovaires, 379. — Squirrhe des ovaires, *ibid.* — Ovaires augmentés de volume et convertis en une substance pulpeuse, 380. — Scrophules des ovaires, *ibid.* — Hydropisie des ovaires, *ibid.* — Les ovaires convertis en une matière graisseuse avec des poils et des dents, 383. — Fœtus dans l'ovaire, 386. — Rétrécissement des ovaires, 387. — Défaut d'un des ovaires, ou de tous les deux, *ibid.* — Symptômes, 388.

CHAP. XXIII. Etats pathologiques des trompes de Fallope, 390. — Inflammation des trompes de Fallope, *ibid.* — Adhérences, *ibid.* — Hydropisie des trompes de Fallope, 391. — Les trompes de Fallope terminant en cul-de-sac, 392. OEuf (ou germe) dans la trompe de Fallope, 393. — Tu-

meur dure naissante de la trompe de Fallope, 394. — Etats pathologiques des ligamens ronds, 395. — Symptômes, *ibid.*

CHAP. XXIV. Etats pathologiques du vagin, 396. — Inflammation du vagin, *ibid.* — Agglutination des parois du vagin, *ibid.* — Ulcères du vagin, 397. — Tumeurs squirrheuses du vagin, *ibid.* — Inversion du vagin, 398. — Vagin très-court, 401. — Dilatation du vagin, *ibid.* — Vagin très-étroit, 402. — Symptômes, *ibid.*

CHAP. XXV. Etats pathologiques et conformations vicieuses des parties externes de la génération de la femme, 405. — Imperforation de l'hymen, *ibid.* — Grosseur excessive du clitoris, *ibid.* Grosseur excessive des nymphes, 407. — Jonction des grandes lèvres, 408.

CHAP. XXVI. Altérations pathologiques du cerveau et de ses membranes, 410. — Inflammation de la dure-mère, *ibid.* — Tumeurs scrophuleuses adhérentes à la membrane dure-mère, 412. — Tumeurs fongueuses de la dure-mère, 413. — Matière osseuse formée dans la membrane dure-mère, *ib.* — Des adhérences très-fortes entre la dure-mère et le crâne, 414. — Altérations pathologiques de l'arachnoïde, 415. — Etats pathologiques de la pie-mère, *ibid.* — Turgescence sanguine des veines, 416. — Inflammation de la pie-mère, *ibid.* — Tumeurs scrophuleuses adhérentes à la pie-mère, 418. — De l'air dans les vaisseaux de la pie-mère, *ibid.* — Hydatides, 419. — Une portion de la pie-mère ossifiée, *ibid.* — Altérations pathologiques de la substance cérébrale, inflammation, *ibid.* — Abcès, gangrène, 421. — La substance cérébrale très-molle, *ibid.* — Le cerveau très-ferme, 423. — Substance blanche et ferme formée dans le cerveau, *ibid.* — Tumeurs enkystées, 424. — Des tumeurs osseuses comprimant le cerveau, 425. — Eminences osseuses qui produisent une irritation du cerveau *ibid.* — Hydrocéphale, 427. — De l'eau sur la surface du cerveau, et entre ses membranes, 431. — Effusion ou extravasation du sang, 432. — Cavité dans le cerveau contenant un fluide séreux, 434. — Anévrisme de l'artère carotide interne sur le côté de la selle turcique, 435. — Etats pathologiques du plexus choroïde, petites poches dans le plexus, 437. — Tumeurs rondes adhérentes au plexus choroïde, *ibid.* — Etats pathologiques de la glande pinéale, 438. — Glande pinéale squirrheuse, *ibid.* — De l'eau dans la glande pinéale, 439. — Etats de la glande pituitaire, *ibid.* — Altérations morbifiques des nerfs, *ibid.* — Vice de conformation du cerveau, 440. — Symptômes, 442.

FIN DE LA TABLE.